

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES
JOURNAL
DE
L'ALIÉNATION MENTALE
ET DE
LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS



ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL DESTINÉ A RECUEILLIR TOUS LES DOCUMENTS

RELATIFS A

L'ALIÉNATION MENTALE

AUX NÉVROSES

ET A LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

FONDATEUR

D^r J. BAILLARGER

Médecin honoraire de la Salpêtrière, Membre de l'Académie de médecine.

RÉDACTEUR EN CHEF

D^r ANT. RITTI

Médecin de la Maison nationale de Charenton.



SEPTIÈME SÉRIE. — TOME QUATORZIÈME

QUARANTE-NEUVIÈME ANNÉE

90132

PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, boulevard Saint-Germain, 120

1891

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES
JOURNAL
DE
L'ALIÉNATION MENTALE
ET DE
LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Pathologie.

L'ALIÉNATION MENTALE

CHEZ LES DÉGÉNÉRÉS PSYCHIQUES

Par le D^r H. DAGONET

La dégénérescence psychique, désignée par quelques auteurs allemands sous le nom de cerveau invalide, se caractérise d'une manière générale par la faiblesse d'esprit ou par des anomalies du côté des facultés morales et intellectuelles. On observe souvent encore des tares physiques qui sont comme le signe visible de l'état de dégénérescence.

Ces phénomènes se manifestent déjà dans l'enfance, le plus ordinairement à l'approche de la puberté, ils reconnaissent d'habitude une prédisposition héréditaire. Ce que l'on remarque au point de vue intellectuel, ce sont des lacunes dans le fonctionnement des principales

facultés. Il y a de ce côté, comme on l'a dit justement, un défaut d'équilibre, un manque de pondération. En même temps que l'on constate l'excitation exagérée de certaines facultés, de la mémoire, de l'imagination, de l'association des idées, on rencontre, d'un autre côté, l'affaiblissement du jugement, de la réflexion, de la volonté; quelques individus peuvent être doués d'une grande intelligence et, malgré cela, se montrer d'une crédulité puérile et commettre des actes d'une évidente absurdité.

Parmi les hommes célèbres on a cité Pascal comme un exemple de dégénérescence psychique. Voici le portrait qu'un journaliste en a tracé : « Il ne fut jamais au monde, dit M. Anatole France, un plus puissant génie que celui de Pascal. Il n'en fut pas de plus misérable. Géomètre, il est l'égal des plus grands, et il détourne son esprit le plus possible de la géométrie. Il fait d'importantes découvertes en physique, sans la moindre curiosité de pénétrer les secrets de la nature. Il ne s'intéresse qu'à ceux qu'il découvre et ne se soucie nullement de ceux que les autres ont découverts. Il écrit, d'après les extraits que ses amis lui font, un livre de circonstance qui ne devait pas survivre à la querelle des moines dont il traite et que la perfection de l'art rend immortel.

« Malade, sans sommeil, il jette la nuit sur des chiffons de papier des notes pour une apologie de la religion chrétienne; et ces notes qu'on publie après sa mort, suspectes aux catholiques, font depuis deux cents ans les délices des penseurs libres et des sceptiques.

« Cet homme prodigieux était un malade et un halluciné. De l'âge de dix-huit ans à celui de trente-neuf, auquel il mourut, il ne passa pas un jour sans souffrir. Son mal, dont il sentait les effets dans la tête, produisait des troubles graves dans les fonctions des sens. Il croyait

toujours avoir un abîme à son côté gauche, et il semble, par l'étrange amulette qu'on trouva cousue dans son habit, qu'il vit parfois des flammes danser devant ses yeux.

« Si l'on songe que ce malade était le fils d'un homme qui croyait aux sorciers et en qui le sentiment religieux était très exalté, on ne sera pas surpris du caractère profond et sombre de sa foi.

« Il vivait dans l'ordure, s'opposait à ce qu'on balayât sa chambre ; redoutant les amitiés les plus innocentes, il ne témoignait que de l'éloignement à ses deux sœurs Jacqueline et Gilberte, afin de ne pas occuper un cœur qui devait être à Dieu seul... Il aimait les pauvres et il en logeait chez lui, mais il les aimait pour l'avantage qu'il espérait en tirer, car c'est en aimant les pauvres qu'on gagne le ciel et qu'on fait son salut. » (*Le Temps*, numéro du 23 novembre 1890.)

Quelques dégénérés dont l'intelligence était plus ou moins élevée, se sont fait remarquer par des habitudes singulières et des pratiques bizarres. Un magistrat distingué, cité par Morel, avait soin durant ses promenades de ne pas appuyer son pied à angle droit avec les points de jonction des pavés, toute disposition simulant une croix devenait pour lui un signe de mauvais augure.

La dégénérescence psychique entraîne souvent un certain degré de faiblesse intellectuelle. Il se fait à une période peu avancée de la vie un arrêt des facultés intellectuelles qui rend difficile l'éducation de ceux qui en sont atteints, et donne l'explication des bizarreries et des singularités qu'on rencontre chez eux. Mais, c'est surtout au point de vue des différents modes de perversité morale qu'on observe, dans la véritable dégénérescence psychique, les particularités les plus remarquables.

L'intelligence et la sensibilité morale, qui chez l'homme constituent l'état psychique et lui donnent son

caractère personnel, peuvent agir parallèlement et être indépendantes l'une de l'autre, l'une contribuant à développer l'autre. Elles ont évidemment entre elles des rapports connexes, qui les rendent, à l'état normal, solidaires; ces rapports ne sauraient être troublés sans apporter dans l'état de santé et de raison une perturbation plus ou moins profonde. La réaction de l'une sur l'autre est réciproque, et si l'excitation de la sensibilité morale imprime aux fonctions de l'intelligence une évidente impulsion, on observe de même l'excitation morale sous l'influence de la manifestation plus grande de certaines facultés intellectuelles, de la mémoire, de l'imagination, de la création et de la combinaison de certaines idées.

Mais on ne saurait nier, comme l'ont remarqué quelques philosophes, de Laromignière entre autres, que ces deux grandes facultés, l'intelligence et la sensibilité morale, ne puissent exister et agir séparément. Le développement de celle-ci n'entraîne pas nécessairement le développement de celle-là; on peut même observer chez certains individus un arrêt de développement du sens moral, sans arrêt parallèle du développement intellectuel.

« Tous les hommes, dit Laromignière, sont doués des mêmes sens, reçoivent les mêmes impressions, éprouvent des sensations semblables et cependant quelle différence prodigieuse dans leur intelligence. Un certain nombre d'individus dont les facultés intellectuelles sont très peu développées, possèdent cependant des sens fort remarquables par leur énergie et leur extraordinaire activité. Beaucoup sentir n'est donc pas une raison pour penser beaucoup... Ceux qui, comme Condillac, ont placé l'intelligence dans la sensation, ont donné une extension forcée au mot sentir; ils l'ont appliqué à des choses pour lesquelles il n'est pas fait. Les idées acquises par les

sensations, fait encore remarquer de Laromignière, sont le commencement de l'intelligence, les sensations précèdent les autres manières de sentir, mais ne les engendrent pas. Les idées qu'on nomme sensibles ne peuvent jamais se transformer en idées de rapport, en idées morales ; elles sont les premières en ordre de succession, mais non pas sous les rapports qui donnent à notre être toute sa dignité, à notre raison toute sa puissance » (*in Leçons de philosophie*, V. *Dict. des Sc. méd.*, t. 51, p. 54).

Quoi qu'il en soit, on trouve chez quelques dégénérés les anomalies les plus extraordinaires du côté de la sensibilité morale. C'est tantôt une réaction exagérée, que les moindres causes suffisent à mettre en jeu, de là les émotifs, les névropathes ; tantôt c'est une perversion qui peut devenir la source de certaines formes de folie morale, et qui, chez l'individu non aliéné, le porte à des actes de la plus profonde immoralité, tout en conservant la netteté de son intelligence et son entière raison. Ou bien encore c'est un affaiblissement de la conscience, une véritable absence de sens moral, comme on l'observe si souvent chez les faibles d'esprit et les imbéciles. La volonté agit comme une sorte de phénomène réflexe et subit un entraînement dont on comprend facilement la raison d'être.

Les émotifs que Cerise et Morel nous ont décrits, les névropathes dont Sandras et Brochin nous ont si bien retracé l'histoire, présentent cette sensibilité exagérée, cet état de continuelle surexcitation, et ces mouvements passionnels portés quelquefois jusqu'à la plus dangereuse exaltation, on les voit alors franchir rapidement les limites qui séparent la folie de la raison.

Les individus, dit Brochin (*Dict. encycl. des sc. méd.*, t. 12, p. 335), atteint de cet état maladif, caractérisé par les attributs propres au tempérament nerveux, porté

au plus haut degré, se font remarquer par la mobilité des sensations, la susceptibilité de tout le système nerveux; un rien les trouble et les agite, ils éprouvent des souffrances sans cause ou par suite des causes les plus insignifiantes; jamais complètement maîtres d'eux-mêmes, tout en possédant généralement la plénitude de leur raison, ils expriment leurs souffrances par des expressions qui nous paraissent presque toujours exagérées, alors qu'elles n'expriment souvent qu'imparfaitement leurs impressions réelles. La couche corticale paraît douée chez eux, suivant la remarque de Jules Morel (*Bulletin de la Société de médecine mentale belge*, juin 1890, p. 209), d'une véritable hyperesthésie; la moindre sensation, la moindre impression est centuplée.

Au point de vue moral, les personnes qui sont atteintes de cette sorte de névrose présentent en général une certaine susceptibilité qui se traduit par des pleurs, des rires sans motifs, par de brusques changements d'humeur, elles supportent difficilement la contradiction, l'ironie, surtout en ce qui concerne leurs souffrances.

On doit encore signaler comme un trait de caractère, l'extrême facilité et la promptitude avec lesquelles ces malaises, même les plus aigus, cessent quelquefois d'une manière complète, mais pour se reproduire sous le plus léger motif, après un intervalle plus ou moins long de bien-être et de calme. *Varium et mutabile semper*, comme le dit Sandras, tel est l'un des attributs les plus communs de cet état nerveux. (*Malad. nerveuses*.)

Cet état névropathique constitue souvent une variété de dégénérescence. Lorsqu'il entraîne la perte de la raison, on retrouve dans les différentes formes que revêt l'aliénation mentale quelques-uns des caractères que nous venons de passer rapidement en revue.

La perversion du sens génital a été considérée avec

raison comme étant le plus souvent le signe d'une dégénérescence psychique.

Les perversions génitales ont été l'objet de nombreuses descriptions ; on les rencontre souvent chez les faibles d'esprit. Le professeur Krafft-Ebing en cite des exemples remarquables ; Trélat (*Folie lucide*) nous rapporte l'observation d'une jeune fille, faible d'esprit, mariée à un jeune homme noble et lui-même faible d'esprit ; elle donnait pour rivaux à son mari tous les fournisseurs qui venaient chez lui et, entre autres, le garçon boucher... *pseudo-marito, rivalem dedit non modo lanium verum etiam lanii canem molossum* (Trélat, p. 39) ; c'était une dégénérée, fille elle-même d'une femme galante. La bestialité, cette déviation de l'appétit vénérien, se montrerait plus fréquemment encore dans les campagnes que dans les villes.

Le Dr Hospital a dernièrement rapporté une intéressante observation, sous le titre de *Folie érotique*, d'accès de folie impulsive, particulièrement caractérisée par des actes de bestialité, chez un héréditaire probablement atteint de dégénérescence psychique (*Ann. méd. psych.* janvier 1891.)

Toutes les monstruosités imaginables peuvent s'observer de ce côté, même la cohabitation avec les morts. Hérodote fait dire à Sosiclès, député de Corinthe, que Périandre, tyran de cette ville, avait joui de sa femme après sa mort. (V. *Ann. méd. psych.*, p. 107, 1850.)

Dernièrement, 3 février 1891, on arrêtait le cocher de l'hospice Saint-Louis, à la Rochelle, qui avait commis d'odieuses profanations sur les corps de quelques femmes, mortes à l'hospice, quel que fût l'âge des défuntés et la maladie qui avait occasionné la mort. Il avait lui-même avoué les faits qui lui étaient reprochés.

Brierre de Boismont fait justement remarquer que, chez ces tristes amants de la mort, on ne peut pas tou-

jours reconnaître un état de folie proprement dite. Si cette perversion rentre dans le domaine des passions, nous croyons aussi qu'elle doit être considérée comme un indice d'une dégénérescence psychique.

La dépravation morale, que l'on observe souvent chez les dégénérés devenus criminels, présente naturellement toutes les variétés possibles. L'instinct de la cruauté, la disposition au libertinage peuvent coïncider aussi avec la conservation parfaite de la raison et quelquefois avec un degré assez élevé de l'intelligence.

Nous n'insisterons pas davantage sur cet ordre de faits ; nous avons cru devoir les résumer, parce que nous les retrouvons comme autant de symptômes venant caractériser certaines formes anormales et surtout graves de l'aliénation mentale, que l'on peut alors véritablement désigner sous le nom de folie avec dégénérescence.

Le traumatisme peut, en dehors de la prédisposition héréditaire, déterminer à un âge peu avancé l'état de dégénérescence, qui plus tard donne lieu à une forme particulière d'aliénation mentale. Nous avons rapporté ailleurs l'observation d'une jeune fille, sans antécédents héréditaires, qui, vers l'âge de sept ans, fit une chute sur la tête, en tombant sur l'angle d'un poêle ; elle portait à la région frontale une cicatrice avec enfoncement de l'os ; depuis ce moment, on avait observé chez elle des bizarreries de caractère et plus tard, vers l'âge de dix-huit ans, elle fut prise d'une forme circulaire d'aliénation mentale avec accès de manie ambitieuse.

L'hystérie imprime, elle aussi, au caractère de celles qui en sont atteintes une disposition qui rappelle les signes que l'on observe dans la dégénérescence. « Elle est, dit Briquet, la folie de la sensibilité. » A un degré avancé, l'hystérique devient un véritable danger ; elle trompe les magistrats, calomnie les personnes les plus

innocentes, elle se dit victime d'attentats imaginaires, elle est sujette à des impulsions irrésistibles et à des excentricités désordonnées.

On doit encore faire remarquer le degré de facilité avec lequel la plupart des dégénérés subissent les moindres intoxications, particulièrement l'intoxication alcoolique. Il y a, en effet, des individus, dit le D^r Crothers, qui, pour n'avoir absorbé qu'une faible quantité d'alcool, pour n'avoir fait que par hasard des excès alcooliques, sont frappés de *delirium tremens* ou de tout autre délire alcoolique. On ne doit pas les confondre avec de simples ivrognes. (*Ann. méd.-psych.*, mai 1890, p. 487.)

DÉBILITÉ MENTALE.

En tête des anomalies psychiques qui caractérisent les dégénérés, on doit placer la débilité mentale, plus ou moins accentuée.

Elle est généralement désignée, à son premier degré, sous le nom de faiblesse d'esprit. Ceux qui en sont atteints sont conformés comme tout le monde ; leur langage est plus ou moins perfectionné ; ils ont des sentiments et ne sont pas dénués de sens moral ; ils deviennent facilement victimes du charlatanisme et de la superstition.

Les yeux ne manquent pas chez eux d'expression ; mais leur regard a quelque chose d'interrogateur, on dirait qu'ils sentent le besoin d'une force étrangère. Leur mise pèche généralement par l'assortissement des couleurs ; les couleurs vives et tranchées sont presque toujours préférées ; ils mettent des boutons rouges sur un gilet blanc, des pantalons bigarrés à coupe plus ou moins fantastique ; des espèces d'oriflammes multicolores leur servent de cravates ; des coiffures hétéroclites couvrent leur tête et marquent leur place, comme le dit si

bien Renaudin, entre les imbéciles d'une part et les originaux excentriques qui ne sont pas encore des aliénés, d'autre part. En société, les simples d'esprit s'observent, mais ils sont généralement distraits.

Les uns sont d'une indolence extrême et se trouvent sous l'influence d'un état dépressif; les autres, au contraire, sont d'une pétulance sans bornes et semblent être gouvernés par une puissance expansive. Ils se livrent avec ardeur à une foule de travaux, qu'ils abandonnent avec autant de facilité qu'ils avaient mis d'empressement à les entreprendre.

L'association des idées laisse beaucoup à désirer chez eux. Le simple d'esprit manque de jugement et a besoin de beaucoup de temps pour comprendre, apprendre et pour réfléchir à ce qu'il doit dire; ses réponses se font attendre longtemps et les réparties n'existent pas chez lui. La mémoire peut être très développée, mais elle n'est jamais basée sur le jugement des faits et leur compréhension. Un simple d'esprit, dans l'asile d'aliénés de Prague, savait dire par cœur le nom de chaque saint correspondant à chaque jour de l'année. Les simples d'esprit possèdent souvent une faculté d'imitation extraordinaire; mais lorsqu'ils puisent leurs inspirations en eux-mêmes, ils tombent dans le grotesque. Il existe chez eux une grande mobilité; ils manquent de volonté et n'ont que celle des autres; ils ne savent rien prévoir, rien conserver. Ils ont beaucoup de penchant à parler seuls; ils peuvent être bavards en société, mais ils s'accontentent de parler; leur conversation est stérile; elle peut briller par les dehors, mais on s'aperçoit bien vite que ces dehors brillants sont trompeurs et cachent un esprit borné, incapable de juger les choses à un véritable point de vue et de raisonner juste. Pour exprimer les choses les plus simples, ils ont recours aux expressions ronflantes et sonores, ce qui tient au bonheur qu'ils

éprouvent de se faire valoir. Ils ajoutent volontiers foi aux contes qu'on leur débite ; et comme nous l'avons dit, ils se laissent facilement duper.

L'un de nos malades entre pour la troisième fois en 1886 à l'asile Sainte-Anne. La prédisposition héréditaire est chez lui très accusée : le père est mort dans notre service, de paralysie générale ; un oncle paternel et un cousin ont été aliénés ; sa mère est devenue elle-même aliénée quelques années après la séquestration de son fils. Cet individu est un débile, mais surtout au point de vue du sens moral et de la volonté. Son intelligence est médiocre ; il a, du reste, pu faire son service militaire.

Il se fait surtout exploiter par les femmes de mauvaise vie et les filles de brasserie. Il travaillait comme clerc d'huissier ; tout l'argent qu'il gagnait, il le dépensait avec une fille de brasserie.

Le simple d'esprit est vaniteux, il dépense son argent sans aucun discernement ; il est susceptible et par cela même irritable ; égoïste et pusillanime, il se laisse facilement décourager ; la triste réalité, lorsqu'elle vient à apparaître, le jette dans une prostration d'autant plus grande que les illusions, dans lesquelles il s'était entretenu, avaient revêtu un caractère plus élevé d'ambition. (V. notre *Traité des maladies mentales*.)

Nous n'insisterons pas davantage sur les signes qui caractérisent cette catégorie d'individus ; leur état de dégénérescence psychique les prédispose naturellement à la folie ; il nous a paru intéressant d'examiner les formes d'aliénation mentale que l'on observe d'habitude chez la plupart d'entre eux. Il importe, d'ailleurs, de bien distinguer sous ce rapport deux catégories de débilés ; ceux qui ont une évidente prédisposition à la folie, qui deviennent aliénés même temporairement, sous l'influence des causes les plus insignifiantes, et ceux qui ne présentent pas cette prédisposition.

D'une manière générale, les faibles d'esprit présentent les mêmes formes d'aliénation mentale que celles que l'on observe dans d'autres circonstances, seulement la débilité mentale leur imprime un cachet particulier que les observations que nous citerons feront ressortir.

Ce qu'on remarque le plus fréquemment chez ceux qui en sont atteints, ce sont les accès maniaques qui reviennent d'une manière plus ou moins périodique, quelquefois sous l'influence de causes morales ou autres peu importantes.

Ces accès ont des caractères qui méritent d'être particulièrement signalés. L'irritabilité chez les malades est très grande et les porte quelquefois à des actes de violence redoutable. Dans les moments d'excitation, on les voit briser tout ce qui se trouve à leur proximité, les meubles, les carreaux, les objets les plus précieux. Non seulement alors leurs actes sont absolument inconscients, mais ils sont accompagnés de symptômes extraordinaires, parfois de sensations bizarres : ce sont des bourdonnements fatigants, des douleurs anormales dans la tête, l'estomac, ou bien des angoisses et de vagues frayeurs.

L'un de nos malades éprouve, sous l'influence de son accès maniaque, les impressions les plus bizarres. Étant en chemin de fer, un monsieur et une dame se trouvaient près de lui et portaient des vêtements dont le contact lui était désagréable ; cela, nous dit-il, faisait chauffer une chaîne qu'il portait au cou, il se sentait brûler ; il s'est mis alors à crier, à gesticuler et la dame a heureusement fini par changer de wagon.

Les accès maniaques des débiles revêtent souvent un état de perversité morale remarquable, leurs déterminations présentent alors le caractère de véritables impulsions. Les actes délictueux qu'ils commettent sont, dans quelques cas, empreints d'une évidente absurdité.

C..., tapissier de son état, âgé de vingt-trois ans, commet des actes indécents et a subi des condamnations multiples. C'est un débile, il a eu de la peine à apprendre et il a dû quitter l'école de bonne heure pour aider son père dans son métier de tapissier.

Il aime le changement et il sent lui-même qu'il perd quelquefois un peu la tête. Il est sujet à des déterminations impulsives, on le voit alors sortir de grand matin de chez lui pour ne revenir que le soir. Un jour, il part pour Marseille sans prévenir personne. Placé dans une maison de commerce, il quitte tout à coup sans aucune espèce de motifs. Il rentre dans une autre maison où on a pour lui toutes sortes d'égards et n'y reste que six à sept mois. Étant un soir à se promener du côté de la maison de son ancien patron, l'idée lui prend tout à coup de passer par une fenêtre qui se trouvait ouverte, il force une armoire et vole un portefeuille qu'il enterre, sans avoir l'idée de prendre les papiers qui se trouvaient dedans. Il est condamné pour ce fait à trois ans de prison et gracié deux ans après. Une autre fois, il vole des morceaux de bois dans un terrain abandonné; pour ce nouveau vol il est encore condamné à deux ans de prison, puis acquitté après appel. Placé dans un asile, il s'évade; dans ses moments d'excitation, il ressentait des maux de tête.

Un autre débile, âgé de vingt-six ans, présente comme fait saillant de son état mental, une simple perversité qui s'accroît surtout lorsqu'il est sous l'influence d'excès alcooliques. Son caractère est bizarre, il a des impulsions instinctives et commet des tentatives absurdes de suicide. Il vole des tourterelles dans le seul but de s'amuser; il prend les fleurs du jardin des frères d'une école, sans savoir pourquoi; il a cherché à se pendre à la préfecture de police, dans le seul but d'effrayer les gens et de s'échapper ensuite. Il boit de l'eau-de-vie et de l'absinthe et, sous l'influence des excès alcooliques, il est pris d'accès d'agitation de courte durée, de deux jours environ, il a alors des frayeurs et des visions, il a peur des gendarmes, il lui semble les voir. Dans une semblable disposition, son logeur l'avait enfermé chez lui; alors il s'est sauvé par la fenêtre, il est descendu dans un jardin et s'est mis à couper les rosiers. Il a été arrêté, dit le certificat d'entrée, pour vol d'objets insignifiants. Il explique lui-même qu'il est facilement sujet à un état d'excitation sous l'influence des moindres excès alcooliques, et qu'il se livre alors à des actes déraisonnables. Il fait partie de

cette catégorie d'individus chez lesquels les moindres excès alcooliques déterminent des troubles intellectuels. Il a aussi des attaques convulsives, survenues à la suite d'une fièvre typhoïde à l'âge de douze ans. Ces attaques, que les excès de boisson reproduisent, ont une durée de sept minutes environ, elles s'accompagnent de perte de connaissance et de douleurs violentes dans les bras et les jambes.

Chez un certain nombre de faibles d'esprit, les accès de folie impulsive sont véritablement remarquables.

L'un de nos malades, atteint de débilité mentale et âgé de vingt ans, a été arrêté pour vol et incendie. Il nous explique lui-même, qu'il est en effet sujet à des moments d'excitation, sous l'influence desquels il se sent dominé par des impulsions violentes et dangereuses. Il a été pris de ces sortes d'accès vers l'âge de seize ans. Il entre alors dans un état de fureur dont il ne se rend pas compte, il se met à courir à travers le jardin sans but et à frapper sans motifs. L'accès s'accompagne de peurs, d'hallucinations, il voit comme un individu armé d'un pistolet, d'un couteau, il se frappe la tête, se donne des coups de poing, il éprouve de l'oppression et une sensation douloureuse qui part en s'irradiant de l'estomac. Dans une semblable disposition d'esprit, il avait mis le feu à la baraque d'un propriétaire chez lequel son père travaillait comme jardinier; un jour, il avait tout cassé chez lui et il avait failli donner un coup de couteau à sa mère.

Les accès maniaques ne se caractérisent pas seulement chez les faibles d'esprit par cette perversité instinctive et par l'incohérence et l'irritabilité qui forment le fonds de tout état maniaque, mais souvent aussi par des conceptions délirantes, multiples, bizarres et surtout ambitieuses. Dans quelques cas, ils présentent aussi un caractère de systématisation plus ou moins bien coordonné.

Un de nos malades se plaint qu'on agit sur lui, qu'on a changé son caractère, sa pensée, on lui dit de s'évader de l'asile, et, arrivé à Paris, d'entrer dans un restaurant, puis il ajoute qu'il est Jésus, que c'est lui qui fait

descendre le monde du ciel, que le duc Doré et le baron de Ségur sont dans son corps et vivent dans lui, etc.

Le mélange de conceptions délirantes en contradiction les unes avec les autres se remarque dans les accès dont sont atteints quelques débiles. Les idées confuses de persécution sont associées aux idées de grandeur les plus extraordinaires, quelquefois traduites dans un langage incompréhensible.

F..., âgé de vingt ans, est atteint de faiblesse d'esprit, il a été arrêté dans un restaurant où il ne voulait pas payer sa dépense. Il a fait une chute à l'âge de six ans, il porte en effet une cicatrice au front à gauche; depuis cet accident, dit-il, son cerveau ne fonctionne plus bien. Il lui vient de temps à autre des idées bizarres et des impulsions mauvaises. Il a des habitudes d'onanisme et déclare qu'il aurait besoin d'une femme. Quand ses accès le prennent, il s'exprime dans un langage singulier. Il dit qu'on le *mortifie* et alors il *mortifie* les autres; il voit bien quelles sont les personnes qui ont des idées *faibles* (c'est-à-dire déraisonnables). Le médecin qui le soigne a des idées *faibles*. Il regarde en dessous son interlocuteur. Il raconte à des amis des choses extraordinaires, qu'il a des millions, etc., il manifeste de mauvais sentiments à l'égard de ses parents, il ne veut pas que sa mère l'aime trop, parce qu'à son grand âge cela pourrait la surexciter. Déjà, à l'âge de quinze ans, habitant chez son frère à Cuba, il était dominé par des idées de suicide, il menaçait de se jeter à la mer.

On trouve encore chez lui comme antécédents, en dehors d'un traumatisme crânien, une fièvre typhoïde et un cousin aliéné.

Les hallucinations accompagnent souvent les accès maniaques, celles de la vue paraissent être les plus fréquentes; il est inutile d'ajouter qu'elles se manifestent facilement, surtout chez les individus qui commettent des excès de boisson.

L'un de nos malades, E..., présente le véritable type de l'accès maniaque chez le faible d'esprit, l'irritabilité, l'insomnie, l'incohérence et les idées ambitieuses.

Il est âgé de dix-neuf ans, ajusteur de son état, il bégaye, c'est un simple d'esprit. Il a été atteint de chorée à l'âge de onze ans, à la suite de frayeur et de coups qu'il avait reçus. Sa chorée s'est passée au bout de six mois, mais dès ce moment ses facultés paraissent avoir subi une légère atteinte. Depuis cette époque, on a observé des accès d'agitation, principalement caractérisés par des frayeurs, il avait peur surtout des sergents de ville.

A l'âge de dix-sept ans, on est obligé de le placer à Bicêtre pour des accès d'agitation avec hallucinations, il y reste six mois.

Il est de nouveau arrêté à la suite d'une violente colère sous l'influence de laquelle il casse les carreaux. Il manifeste en même temps des idées de grandeur, il veut faire des commandes, voir l'Empereur, s'engager, quoique ne sachant pas chanter, dans un concert où il pourra gagner 250 francs par jour; ses lettres sont tout à fait incohérentes.

L'exemple suivant est également caractéristique.

F... est âgé de trente-quatre ans et garçon boulanger; il est sujet à des accès maniaques de courte durée qui se caractérisent par une confusion dans les idées, telle qu'il ne peut répondre aux questions qu'on lui adresse; on le croirait atteint de vertiges épileptiques. Pendant son accès maniaque, il est privé de sommeil et assiégé par des rêves de toutes sortes; les idées de grandeur les plus absurdes lui traversent l'esprit; il rêve, par exemple, qu'il est le directeur de toute la terre. Il est venu à Paris chercher une place de garçon boulanger et il est pris presque tout à coup d'excitation maniaque. Il se met à courir dans la rue, puis il entre dans une église où il se fait arrêter, faisant toutes sortes d'excentricités, saluant sans cesse, etc.

Il s'améliore rapidement quelques jours après son placement à Sainte-Anne; on observe alors qu'il est faible d'esprit, superstitieux, qu'il a des convictions bizarres; par exemple, il croit qu'il devra se marier le 6 octobre, parce qu'une songeambule le lui a dit. Il éprouve aussi quelques accidents névropathiques, il est sujet à des maux de tête, à des névralgies sus-orbitaires, il est un peu sourd. Nous n'avons pu, du reste, nous procurer sur lui d'autres renseignements. Il est sorti deux mois après de l'asile, guéri de son accès maniaque.

Nous ne voulons pas multiplier davantage ces observations, elles ne sauraient apporter à cette étude d'autres éléments que ceux que nous avons indiqués. Nous croyons cependant devoir encore citer les exemples suivants rapportés par Trélat (*Folie lucide*) :

La fille d'un riche fabricant est faible d'esprit, elle a un oncle bizarre, devenu sourd très jeune. Elle avait pu apprendre à lire et à écrire, répétant assez bien ses leçons d'histoire et de géographie, et jouait un peu de piano. A dix ans, elle avait l'intelligence de son âge ; mais à quatorze, à quinze, à seize, à dix-huit et à vingt ans, elle n'avait toujours que l'intelligence et la conversation d'une petite fille de dix ans. Non seulement cette jeune personne était dépourvue d'esprit, mais elle était prise de temps en temps d'accès pendant lesquels elle parlait et agissait avec déraison. Alors elle mettait dans des pots de confiture et enfermait dans les armoires les objets les plus sales et les plus répugnants ; elle devenait exaltée et, un crayon à la main, elle écrivait, en marchant, des choses ridicules qu'elle déclamait.

Quand elle était ainsi agitée, elle se refusait à ses soins de toilette, aimait la malpropreté et salissait souvent son lit. L'accès passé, elle redevenait ce qu'elle était auparavant, bonne petite fille, faisant un peu de musique, pas trop mal, écrivant ses devoirs et donnant à manger à ses oiseaux.

Chez un grand nombre de ces imbéciles, dit Trélat, la vanité est très développée.

Il cite l'observation suivante d'une jeune fille, faible d'esprit et traitée dans son service pour une forme de manie ambitieuse, manie avec dégénérescence :

M^{lle} S... est une jeune personne, âgée de vingt ans, ayant un beau teint, de grands yeux, la bouche petite, les cheveux blonds et bouclés, une figure faite pour attirer et retenir ceux qui se contentent des avantages extérieurs. Eu l'examinant plus attentivement, on découvre qu'elle n'a que fort peu d'intelligence. Sa mère est ouvreuse de loges. La jeune fille n'a jamais entendu parler dans sa famille que théâtre, toilettes, appointements considérables donnés aux chanteuses en renom. Alors elle s'est imaginée, qu'elle pourrait elle-même être l'égale de

ces grandes actrices, et quoiqu'elle n'ait pas de voix et qu'elle ne sache pas chanter, elle n'a plus eu d'autre pensée que celle de son début. Contrariée dans ses espérances, elle est prise d'accès de fureur avec alternatives d'abattement et de frayeur. Elle mange très peu et ne dort pas. Cet état se prolonge sans changement notable pendant quatre mois et demi. Puis, elle s'améliore, elle recommence à parler non aux médecins ni aux élèves, mais aux surveillantes et aux malades, de sa belle voix, de ses prochains débuts et des résultats qu'elle en attend. Sortie par amélioration et rentrée chez ses parents, elle n'avait pas tardé à se livrer de la manière la plus extravagante au goût de la toilette. On la rencontrait, ayant sur sa tête, à sa taille et sur toutes les parties de sa robe des rubans de toutes les couleurs les plus disparates et les moins faites pour aller ensemble. Elle parvenait à se parer ridiculement pendant que son père et sa mère étaient à leurs occupations, et elle allait se faire moquer d'elle chez les directeurs de théâtre auxquels elle demandait une *audition*, c'est le mot usité; elle rentrait chez elle avec toute la colère que lui causaient les reproches et les mystifications qu'elle venait de recueillir, c'est alors qu'elle fût ramenée à l'asile. (*Folie lucide*, p. 32.)

Les accès maniaques, chez les faibles d'esprit, sont le plus souvent transitoires, de courte durée, disparaissant au bout de quelques semaines, pour réapparaître plus tard dans les mêmes conditions. Ils se montrent chez ces individus, à un âge peu avancé, à une époque où se traduisent rarement de semblables accidents. Ils sont, nous l'avons dit, caractérisés par la perversité dans les sentiments, la violence dans les actes et la manifestation fréquente des idées ambitieuses.

Le délire ambitieux revêt, dans ce cas, les caractères principaux que l'on observe dans la paralysie générale, mais, bien entendu, sans la présence d'aucun signe de paralysie. Ce sont la même puérilité dans les actes, le même enfantillage dans la conduite; comme chez le paralysé général, le faible d'esprit, dans ses accès de

manie ambitieuse, est entraîné à la satisfaction de toutes ses passions, de tous ses désirs, sans apporter la moindre prévoyance, quelquefois même sans que les objets dont il s'empare puissent lui être de la moindre utilité. Les préoccupations ambitieuses sont chez lui sans lien et sans base, mal coordonnées, sans aucune raison qui puisse en justifier l'existence ; elles ont pour caractéristique l'absence de réflexion et l'impossibilité de fixer à ce sujet son attention.

L'observation suivante nous paraît intéressante à ce point de vue.

L... est âgé de vingt-quatre ans ; il présente à son entrée un accès maniaque caractérisé par un mélange d'idées de persécution et de préoccupations ambitieuses ; ses actes sont habituellement bizarres, puérils ; c'est un faible d'esprit. Il travaillait chez un banquier, on était généralement content de son travail et il ne faisait jamais d'excès. La prédisposition héréditaire pèse lourdement chez lui : oncle paternel et grand-père paternel aliénés, cousine sourde et muette, mère ayant souffert d'attaques nerveuses. Le père jouissait habituellement d'une bonne santé.

La mère nous donne elle-même les détails suivants :

Deux mois avant la naissance de son fils, elle avait été prise d'une très grande frayeur ; son mari avait eu un évanouissement et elle l'avait cru mort. Son fils s'est montré dès la première enfance extrêmement nerveux, il criait et bondissait à chaque instant comme s'il avait des frayeurs. Plus tard, il se sentait très énervé et se mettait dans des colères terribles sans aucun motif. Quelquefois il prétendait que sa grand-mère l'empêchait de faire ses devoirs, il la voyait derrière le papier de sa chambre : « La voyez-vous, la gueuse, » disait-il, et il voulait se cacher dans la table de nuit. Un jour, en train de faire ses devoirs, il se sauve dans le jardin en poussant des cris épouvantables et, pour s'empêcher de crier, il se mettait son mouchoir dans la bouche. Un autre jour, il déclare à une amie de la famille qu'il était très malheureux, que cela lui bouillonnait dans la tête. A l'âge de seize ans, on le place dans une maison de banque ; pendant huit ans, on est content de son travail et de son exactitude, jusqu'au moment où il est pris de l'accès de

folie pour lequel il est conduit à Sainte-Anne. Il y a lieu de noter encore qu'il avait été pris d'inquiétudes bizarres lorsqu'il avait passé devant le conseil de révision; il fut même, à ce moment, sujet à un délire furieux de courte durée, pour lequel il fut réformé: il aimait à s'isoler, se promenait seul et il fit un jour la confidence à sa mère qu'ayant aperçu une fois la rivière, il avait été tourmenté de l'idée s'y jeter. De temps à autre, il manifestait quelques idées ambitieuses, il s'imaginait descendre de la famille Napoléon, et même être Napoléon V.

L'accès maniaque, à la suite duquel il a dû être placé à l'asile Sainte-Anne, s'est manifesté presque tout à coup; il s'imaginait alors être à la tête d'une grande fortune et accusait ses parents de lui avoir fait prendre du poison pour s'emparer de sa fortune. Il prétendait même que son père avait voulu le tuer avec un marteau. Cet accès maniaque s'est caractérisé pendant son séjour à l'asile Sainte-Anne par des alternatives de calme et d'excitation, et un mélange d'idées ambitieuses et hypochondriaques. Il est sorti par guérison après quatre mois de traitement.

Les signes caractéristiques qui dénotaient chez lui dans l'enfance et la jeunesse une prédisposition héréditaire, ne pouvaient manquer de faire présager l'explosion de l'accès maniaque que nous avons observé et qui a présenté la forme que l'on remarqua alors, de manie ambitieuse.

Il en est de même pour la mélancolie que l'on observe plus rarement chez les faibles d'esprit, elle est caractérisée par une certaine faiblesse d'esprit, la singularité des idées et l'absurdité des actes que nous retrouvons chez quelques individus que l'on a désignés autrefois sous le nom de monomanes.

Nous citerons les deux observations suivantes, de Trélat.

Une dame Y... se marie à dix-huit ans; faible d'intelligence, elle avait eu, dès son enfance, des accidents nerveux, des convulsions; jeune fille, elle était sujette à des accès de tristesse et à des frayeurs sans motif. On n'avait jamais pu lui apprendre à bien lire ni à compter. Quelques mois après son mariage, on s'aperçoit qu'elle est atteinte d'une monomanie, passant la majeure partie de son temps à fureter dans ses armoires, pour secouer ses effets, son linge, ses mouchoirs, ses bas, etc., qu'elle croyait avoir été empoisonnés au blanchissage et dont le con-

tact lui paraissait devoir être mortel, s'il n'était fréquemment traité à sa manière.

M^{me} X..., elle aussi, est une faible d'esprit, quoique sachant faire tous les travaux auxquels se livrent habituellement les femmes et tourner gracieusement une invitation parlée ou écrite. Elle est sujette de temps en temps à des accès de mélancolie, pendant lesquels elle croit qu'elle a une tête de carton et refuse de manger. Elle s'adonne à des pratiques religieuses d'une exagération ridicule.

M^{me} Q..., également faible d'intelligence, a deux aliénés dans sa famille; avant de se coucher, elle s'enferme dans son cabinet de toilette pendant plusieurs heures; on s'aperçoit alors qu'elle fait sa toilette à fond, enveloppant et pliant avec le plus grand soin dans de petits papiers tous les résidus corporels qu'elle enlevait de la surface de sa peau. Tout cela était classé par ordre chronologique dans des enveloppes de diverses couleurs, etc.

En résumé, on observe chez les faibles d'esprit les formes ordinaires que présente l'aliénation mentale, mais plus fréquemment les accès d'excitation maniaque. Ceux-ci sont, en général, de courte durée; ils sont caractérisés par des actes d'une grande violence et souvent par des idées ambitieuses.

Marcé avait remarqué que la manie ambitieuse était rare à l'état simple et qu'elle éveillait toujours l'idée d'une paralysie générale. Baillarger pensait de même que les délires incohérents et diffus à forme ambitieuse ne pouvaient pas être considérés comme des cas de folie simple, mais comme éveillant l'idée d'une paralysie générale et pouvant la faire redouter (*V. Ann. méd.-psych.*, 1883, p. 211). Nous avons vu que, chez les faibles d'esprit, la vanité et les idées ambitieuses formaient le plus souvent, avec des notions bornées, le caractère principal de leur état mental; on comprend donc que ces dispositions naturelles se reproduisent, lorsque des accès d'excitation maniaque viennent à se développer. La mélancolie et la folie impulsive que l'on remarque chez

quelques-uns d'entre eux ont aussi le cachet particulier que lui imprime l'état habituel de faiblesse d'esprit.

FOLIE DES DÉGÉNÉRÉS PSYCHIQUES.

On s'est demandé si l'aliénation mentale, lorsqu'elle vient à se déclarer chez le dégénéré psychique, présentait une forme spéciale qui permettrait de la distinguer dans tous les cas.

Quelques auteurs, à la suite de Morel, ont admis et décrit une classe de folies dites des dégénérés, c'est-à-dire greffées sur le fond commun de la dégénérescence. Ils lui ont assigné les caractères les plus variables, souvent mal définis ; on a réuni, sous cette désignation, toute une catégorie d'individus chez lesquels on rencontrait les anomalies les plus étranges, les tendances impulsives, les obsessions, etc.

Les actes des dégénérés aliénés sont, a-t-on dit, non seulement empreints d'un caractère d'obsession, mais on remarque chez ces malades les bizarreries les plus inimaginables. Le D^r Saury, dans un mémoire sur ce sujet, cite un grand nombre de ces tendances extravagantes, des craintes ridicules, des angoisses absurdes, puériles, la peur des espaces, etc. ; on constate encore une foule de manies instinctives, des impulsions au suicide, à l'homicide, au vol, à l'incendie, les perversions et les aberrations sexuelles les plus variées. Les exhibitionnistes de Lasègue, les individus à sens sexuel contraire de Krafft-Ebing ont été placés dans la classe des dégénérés.

Schüle a donné la meilleure description que nous connaissions, des symptômes principaux qui la caractérisent. La disposition psychique des dégénérés se compose, suivant lui, d'une hyperexcitabilité accompagnée de faiblesse. Au point de vue *émotif*, on remarque une

sensibilité pathologique, une humeur inconstante passant de l'indifférence à une sensibilité excessive que dirigent les moindres impressions ; du côté de l'intelligence, c'est une disharmonie des différentes forces avec tendance aux idées obsédantes ; au point de vue psychomoteur, c'est un élan exagéré à côté d'une volonté affaiblie, un enthousiasme qui ne dure pas, ou bien une dépression considérable.

Les dispositions pathologiques des névroses héréditaires sont, d'après l'auteur que nous citons (Schüle, trad. J. Dagonet et G. Duhamel, p. 531), la tendance aux actes impulsifs criminels, la méchanceté instinctive conduisant à la folie morale, la misanthropie avec tendance au délire des persécutions, une paresse morale qui fait mener à ces individus la vie la plus bizarre, en se privant de tout, ne changeant pas de linge, restant dans la saleté et l'ordure, etc.

Quant aux formes d'aliénation mentale, on constate, d'après l'auteur que nous citons, les caractères suivants : les types cliniques sont rarement accentués, on y retrouve l'instabilité native de l'intelligence des héréditaires, la tendance aux idées obsédantes, aux mouvements impulsifs, la perversion des sentiments et en même temps la conservation remarquable bien qu'incomplète de l'intelligence. Enfin, un trait caractéristique, c'est l'apparition précoce de ces états psychopathiques souvent combinés, se produisant sans cause extérieure pour la raison la plus légère, etc. (*Op. cit.*, p. 335.)

D'une façon générale, on a placé dans les folies avec dégénérescence toutes les formes d'aliénation qui ne trouvent pas facilement leur place dans le cadre généralement adopté des maladies mentales.

Trélat, dans son livre sur la folie lucide (p. 12), avait déjà appelé l'attention sur ce sujet ; sous ce nom

de fous lucides, il avait réuni tout un groupe d'individus pris dans les catégories d'aliénés les plus diverses et pour en faire une description pratique, il les avait divisés suivant les traits principaux, les défauts, les passions qu'ils présentaient. « Ces malades sont fous, dit-il, mais ne paraissent pas fous parce qu'ils s'expriment avec lucidité. Ils sont fous dans leurs actes, plutôt que dans leurs paroles. Ils sont lucides jusque dans leurs conceptions délirantes. Leur folie est lucide. » A cette époque (1860), ajoute-t-il, on éprouvait déjà le besoin de remplacer une classification déjà ancienne, mais si commode et si claire dans la pratique. Nous avons suivi attentivement toutes les phases d'une discussion longtemps soutenue au sein de la Société médico-psychologique et, malgré le souvenir des choses excellentes avancées par les hommes éminents qui y ont pris part, Buchez, Jules Falret, Baillarger, Delasiauve, Morel, Parchappe, etc., nous persistons dans la vieille classification. Toutefois, quels que puissent être notre respect et notre prédilection pour la classification de nos maîtres, elle ne peut absolument suffire lorsqu'il s'agit de bien caractériser les traits principaux, les défauts et les passions des malades dont nous nous occupons.

Ces fous lucides, dont Trélat nous rapporte l'intéressante observation, présentent pour la plupart une prédisposition héréditaire plus ou moins marquée; ils appartiennent aux différentes catégories de la folie et leur examen offre certainement les plus sérieuses difficultés; ce qui les caractérise, c'est la lucidité au milieu même de leurs conceptions délirantes et la disparition brusque de ces dernières sous l'influence de distractions, d'occupations, de tout ce qui vient apporter une diversion aux idées du malade.

A un point de vue général, on peut admettre pour l'aliénation mentale chez les dégénérés psychiques deux

catégories principales, l'une dans laquelle prédominent des troubles intellectuels et des manifestations délirantes nettement accusées, l'autre dans laquelle on observe plus particulièrement les anomalies et les désordres de la sensibilité morale ; dans cette catégorie rentrent naturellement les folies morales que caractérisent la perversion des sentiments affectifs, les aberrations du sens génital, la méchanceté, les diverses passions, l'orgueil, etc.

Enfin nous trouverons encore les formes mixtes, dans lesquelles on rencontre à la fois les troubles de l'intelligence, combinés avec ceux de la sensibilité morale.

On remarque en outre dans ces différentes catégories la persistance des signes qui ont caractérisé la dégénérescence psychique. C'est ainsi que nous retrouverons les groupes principaux que l'on rencontre dans la dégénérescence. Les extravagants, les nerveux, les exaltés, ceux qui se caractérisent par l'absence ou la perversion du sens moral, les érotiques, etc... Nous passerons rapidement en revue ces différents groupes et nous résumerons les observations qui nous paraîtront présenter quelque intérêt sous ce rapport.

(A suivre.)

ÉTUDE
SUR
LES POISONS DE L'INTELLIGENCE

Par le D^r LEGRAIN

Médecin en chef de la colonie de Vaucluse

DÉFINITION, LIMITES DU SUJET.

Une étude d'ensemble des poisons de l'intelligence doit embrasser toutes les substances, quelles qu'en soient l'origine et la nature, susceptibles d'exercer une action morbide sur les processus intellectuels, soit qu'elles les perturbent, soit qu'elles les suspendent momentanément ou d'une façon durable. A côté des poisons qui agissent sur le cerveau d'une manière élective, ceux dont l'influence se traduit avant tout et presque exclusivement par un trouble cérébral, nous mentionnerons, par conséquent, les intoxications dont la symptomatologie renferme des perturbations de l'intelligence, qu'elles soient prépondérantes ou qu'elles soient effacées. Les premiers seuls doivent rigoureusement être dénommés *poisons psychiques*; mais de même qu'il n'existe pas un poison, même parmi ceux qu'on désigne communément du nom de poisons psychiques, qui limite absolument son action au cerveau, de même beaucoup de substances délétères, pour ne léser le cerveau que d'une manière accessoire, n'en troublent pas moins, à l'occasion, le fonctionnement

de cet organe. C'est donc pour cette raison, et aussi pour être plus complet, que nous avons étendu notre étude à tous les toxiques *atteignant primitivement* la sphère intellectuelle, en réservant, toutefois, une attention spéciale pour les toxiques à action cérébrale prédominante. Il faut s'entendre, cependant ; nous avons dit : *primitivement*. En effet, il n'existe guère, à vrai dire, de substance, qui, introduite accidentellement dans la circulation, n'entrave quelque peu le fonctionnement cérébral. Toutes les grandes fonctions sont solidaires les unes des autres, et dans certaines intoxications qui n'ont rien de psychique, on observe des troubles intellectuels *secondaires*, deutéropathiques, qui sont alors sous la dépendance soit de troubles circulatoires, soit de troubles thermiques, soit de tout autre mécanisme lié lui-même à l'action du poison initial. Ce ne sont plus là des poisons de l'intelligence, dénomination qu'il faut réserver, en définitive, à toute substance agissant *primitivement*, peu ou beaucoup, sur la cellule cérébrale.

La presque universalité des substances introduites dans l'organisme modifie, avons-nous dit, les processus cérébraux. La raison de ce fait réside évidemment dans l'exqu Coastité de l'organisation du système nerveux, dont la vulnérabilité est celle des mécanismes compliqués et délicats. Noblesse oblige : le cerveau, aboutissant de toutes les sensations, régulateur des plus minuscules fonctions cellulaires, ressent le contre-coup des atteintes, même les plus légères, apportées à l'équilibre vital et réagit aussitôt pour rétablir cet équilibre. Dans tous les empoisonnements, en dehors des réactions cérébrales imputables à l'action même du poison, existent d'autres réactions qui sont autant de réflexes défensifs, et qui sont étroitement liées à la notion immédiate acquise par le *sensorium* des modifications nutritives ou des mutations opérées à distance au sein des autres organes

sous l'influence du poison absorbé. Ces réactions sont des symptômes communs à tous les empoisonnements; ils n'ont rien de spécifique.

Les réactions cérébrales, liées plus directement à l'influence toxique, sont de deux ordres : elles sont tantôt diffuses, générales, sans précision; elles sont exprimées par des symptômes vagues indiquant la lésion d'ensemble de tout l'organe encéphalique (excitation, dépression, stupeur, somnolence, etc.); tantôt elles sont nettes, précises, localisées, et sont exprimées par des symptômes indiquant la sélection par le poison de tel ou tel centre, de tel ou tel territoire cérébral, à l'exclusion des autres, (hallucinations visuelles, troubles psycho-moteurs, troubles de l'idéation, etc.)

A côté des troubles cérébraux, nous rencontrons presque à chaque pas des *troubles médullaires*. Le cerveau et la moelle sont, en effet, deux grands centres constitués par les mêmes agglomérations d'éléments nobles; leurs modes de réaction sont les mêmes. Il n'est pas étonnant alors qu'un poison médullaire soit en même temps un poison cérébral, et inversement, dans un grand nombre de cas. Le chloroforme, l'oxyde de carbone, l'alcool, etc., sont éminemment des poisons psychiques; simultanément ils engendrent des perturbations médullaires. La noix vomique, l'arnica, poisons plutôt médullaires que cérébraux, n'en provoquent pas moins, à l'occasion, des troubles intellectuels.

Dans quelle classe de poisons doit-on ranger ceux de l'intelligence? En parcourant les classifications adoptées jusqu'à ce jour, et en particulier les deux plus classiques en France (celles de Rabuteau et de Tardieu), on voit qu'ils ne peuvent guère constituer une classe à part. Ces deux classifications symptomatologiques sont basées uniquement sur la prépondérance de tel ou tel groupe des symptômes dans les empoisonnements. Seul, Rabuteau

admet dans sa classe des *névrotiques*, un groupe de poisons cérébro-spinaux dans lequel il range les poisons psychiques proprement dits (chloroforme, éther, opium, etc.). Dans la classification de Tardieu, ceux-ci doivent être répartis dans trois classes : les poisons *stupéfiants* (tabac), les poisons *narcotiques* (opium), les poisons *névrosthéniques* (sulfate de quinine). Ces classifications, bien qu'ayant des bases peu solides, sont ce qu'il y a de plus satisfaisant jusqu'à ce jour. Si la classe des névrotiques cérébro-spinaux contient les poisons psychiques proprement dits, il est facile de voir que les troubles intellectuels constituent des syndromes qui peuvent se rencontrer dans toutes les classes de poisons. Parmi les poisons *hématisques* (1^{re} classe), Rabnteau range l'alcool ; parmi les *névro-musculaires* (3^e classe), il range en effet, les solanées vireuses ; parmi les poisons *musculaires* (4^e classe), il range le plomb ; enfin, dans la cinquième classe, les *irritants* et *corrosifs*, il range l'ammoniac et le brome. Or, chacun de ces poisons peut retentir sur l'intelligence. Il en est même, comme l'alcool et les solanées vireuses, qui déterminent des troubles intellectuels presque spécifiques et si importants qu'il serait logique de classer ces corps sous la rubrique : poisons de l'intelligence. La même observation s'adresse mieux encore à la classification de Tardieu, dont quatre classes (poisons hyposthénisants, stupéfiants, narcotiques et névrosthéniques) contiennent par définition des poisons du système nerveux.

Donc, actuellement, il n'existe pas de place marquée pour les poisons psychiques dans les classifications. Il n'en pourrait être ainsi, d'ailleurs : les symptômes intellectuels des empoisonnements, pour être parfois capitaux, n'en sont pas moins souvent, comme tous les symptômes, des éléments contingents qui ne peuvent constituer une base sérieuse de classification. Quant à

établir une classification des poisons psychiques entre eux, il n'y faut pas songer encore ; on verra par la suite combien la nosographie est pauvre de documents en ce qui concerne une infinité de poisons frappant l'intelligence ; si quelques-uns ont été étudiés complètement, une multitude d'autres sont à peine connus. L'ordre que nous adopterons pour décrire notre symptomatologie spéciale pourra, si l'on veut, tenir lieu d'une classification, malgré son insuffisance flagrante.

ÉTIOLOGIE DES INTOXICATIONS PSYCHIQUES.

Bien des causes président à l'empoisonnement du cerveau. Il en est une qui doit attirer tout d'abord notre attention ; elle est inhérente à l'homme même. On a remarqué que, de tout temps et dans tous les pays, l'homme, à quelque classe de la société qu'il appartienne, a recherché, pour en faire usage, et souvent abus, les substances excitantes pour son système nerveux. « Il semble, dit spirituellement Richet, que l'homme soit mécontent de l'état de son intelligence, et qu'il cherche à l'exciter par des substances toxiques. » En Chine et dans l'Inde, c'est l'opium ; au Mexique, c'est la coca ; en Occident, c'est le tabac, l'alcool, la morphine ; ailleurs, c'est le haschich, le kawa, etc. : chaque peuple a son poison cérébral, l'intoxication cérébrale est universelle. Ces poisons, dont l'usage dégénère en passion irrésistible et se généralise souvent à la majorité d'une population, au point de pouvoir être désignés sous le nom de *poisons nationaux*, varient suivant les époques, le degré de civilisation, les latitudes, etc. Mais, quelle qu'elle soit, l'intoxication cérébrale *volontaire* a existé et existe à peu près sur tous les points du globe ; elle semble répondre à un besoin de la nature de l'homme. Quoique ce besoin, né de l'habitude, ne soit qu'apparent,

dans bien des circonstances il existe à l'état impérieux. C'est qu'alors l'influence héréditaire se fait sentir : l'usage de certains poisons cérébraux, comme l'alcool, se perpétue quelquefois par la descendance, avec cette fatalité lamentable qui régit toutes les lois de l'hérédité.

Quelques-uns des poisons que nous avons qualifiés de nationaux, sont devenus *ethniques*, si l'on considère non plus les nations, mais les races. La Chine n'est pas le domaine exclusif du thébaïsme : tout l'Orient en est infesté. L'alcoolisme a envahi tout l'Occident. On peut presque dire que l'Orient est la patrie des opio-phages, l'Occident, celle des alcooliques. Certains toxiques, devenus d'un usage courant, sont des facteurs énergiques de dégénérescence, avec lesquels d'hygiéniste comme l'homme d'État doivent compter.

Ce sont pourtant les peuples les plus civilisés, les plus élevés en organisation cérébrale, qui, comparative-ment, fournissent le plus de victimes aux poisons de l'intelligence. Ce fait semble démontrer, comme nous le verrons plus loin, que c'est dans une tourmente spéciale à l'intellect humain que réside la cause première de ces empoisonnements volontaires.

On ne saurait comparer ni au point de vue des causes, ni au point de vue des résultats, les usages de certaines peuplades adonnées à l'ivresse du kawa, avec ceux, par exemple, des Européens qui semblent définitivement voués à l'alcoolisme, avec ceux des Orientaux abîmés dans l'opio-phagie. Chez les uns, comme chez les autres, le même besoin étrange de stimulation ou de perversion intellectuelle existe, mais son intensité, ses exigences, sont évidemment proportionnelles au degré de la culture de l'esprit. L'état de civilisation avancée entraîne, comme corollaire, le développement des vices sociaux et un besoin sans cesse inassouvi de raffinements. C'est dans son commerce, dans son industrie,

dans sa science, que l'homme très civilisé puise amplement chaque jour de nouvelles substances toxiques, qu'il applique à la satisfaction des désirs inhérents à sa nature. L'homme des villes ne s'intoxique pas de la même manière ni pour les mêmes raisons que l'homme des campagnes; il en est de même pour l'homme civilisé en face de l'homme à l'état sauvage. Le premier recherche une série de satisfactions raffinées d'ordre intellectuel; le second trouve dans le poison une stimulation vague, générale, ne s'adressant pas à tel groupe de facultés plutôt qu'à tel autre, ou bien une sorte d'anéantissement, d'extase de tout son être. Le premier s'empoisonne plutôt lentement, à petites doses, savourant, en quelque sorte, le poison; le second se rue avec une passion quasi bestiale dans l'orgie; c'est l'ivresse, phénomène commun à toutes les intoxications cérébrales, qu'il recherche avidement. Si le second sait, aussi bien que le premier, trouver les moyens de s'intoxiquer, il lui arrive souvent aussi d'être la victime d'une influence civilisatrice. C'est ainsi que cette dernière seule a été la cause première de l'implantation du vice alcoolique au sein des peuplades vierges encore de l'Amérique du Nord. Ce fut un vice d'importation et non autochtone. Au développement de l'élément civilisation représentant l'élément intelligence, semble donc correspondre un courant plus intense vers les intoxications cérébrales. C'est à l'apogée des civilisations que s'observe plus spécialement l'âge d'or des intoxications sociales.

Les désastres causés par les toxiques cérébraux devenus poisons nationaux paraissent, en revanche, être proportionnels au degré d'infériorité intellectuelle des populations, et cela pour une raison toute psychologique. L'homme intelligent et cultivé trouve précisément dans ce degré de culture un correctif puissant à

son mal. En France, dans les contrées infestées par l'alcoolisme, on recherche continuellement et avec opiniâtreté les moyens d'enrayer les progrès du fléau. Chez certains peuples arriérés, on connaît, au contraire, les catastrophes rapides qu'a engendrées l'alcoolisme ; on a vu des peuplades entières complètement décimées en peu d'années par le poison. Il serait superflu de rappeler quel puissant mais immoral moyen de conquête fut l'alcool. Les documents des voyageurs ont démontré avec quelle passion folle, avec quelle furia, les populations sauvages s'adonnent à l'ivresse, quelle qu'en soit l'origine. A l'inverse également de ce qui se passe dans les nations plus civilisées, l'usage du toxique cérébral se généralise à toute la peuplade ; pas un n'y échappe ; il devient la passion dominante, centralise toutes les appétences, annihile les sentiments collectifs, même le souci de la conservation sociale. Il y a dans cette manière de faire, une différence avec la précédente dont la cause réside uniquement dans la différence de niveau mental de la collectivité. L'observation paraît démontrer, en définitive, que derrière celui qui abuse *sciemment* d'une substance toxique entrée accidentellement dans sa consommation, se cache ou un nerveux, un cérébral, mais un être déjà pathologique, comme le dégénéré, comme le neurasthénique, ou un être inférieurisé par le défaut de culture intellectuelle.

Essayons maintenant de pousser un peu plus loin l'analyse des causes de ces empoisonnements collectifs. Un fait capital ressort de l'observation, c'est que tous les poisons recherchés le sont à cause de leur action spécifique sur l'intelligence, soit directe, soit par l'intermédiaire de la sensibilité générale ou spéciale. Jamais on ne verra s'établir l'abus volontaire d'un poison, si la conséquence immédiate de son usage n'est pas d'engendrer une modification de l'intelligence ; il faut, de plus,

que cette modification soit de nature agréable. C'est ainsi que l'usage prolongé de la morphine est le plus souvent greffé sur une sensation de bien-être éprouvé à la suite de l'engourdissement d'une douleur physique. Puis, la morphinisé éprouve des modifications intellectuelles agréables, qui le font recourir à la morphine uniquement pour retrouver cette nouvelle catégorie de jouissances. Voilà pour le poison s'adressant à l'intelligence par l'intermédiaire de la sensibilité.

Dans d'autres circonstances, pour le café, le tabac, par exemple, le poison est recherché à cause de l'excitation intellectuelle directe qu'il procure.

C'est donc à cause de leurs propriétés « intellectuelles » que l'homme recherche tout d'abord les toxiques ; elles seules peuvent l'asservir. En effet, les substances vénéneuses que l'homme absorbe passionnément produisent, en général, des effets peu attrayants de prime abord, et ce n'est pas de la première sensation éprouvée que l'homme désire le retour : la morphine procure des vomissements, sans parler de la douleur de la piqûre ; les feuilles de coca ont une saveur désagréable ; le tabac étourdit, donne des nausées ; l'alcool produit une sensation de brûlure assez pénible. Si parfois l'homme est captivé momentanément par une sensation gustative agréable, il peut être enclin à la reproduire abusivement ; mais l'abus cesse de lui-même dès qu'il ne s'accompagne plus d'une satisfaction de l'intelligence. Citons certaines substances alimentaires à saveur sucrée, dont l'homme se fatigue vite, s'il en use trop fréquemment ; il ne se blase pas, au contraire, de la bonne chère en général, qui lui procure toujours des satisfactions d'ordre psychique.

L'usage du poison une fois établi, l'abus le suit de près par un procédé très simple et d'autant plus compréhensible que, pour la plupart des poisons, les acci-

dents pathologiques qu'ils déterminent ne s'installent qu'insidieusement : tels le café, la morphine, le tabac. Le seul désir de la reproduction des sensations ou des plaisirs une fois éprouvés, engendre un abus qui n'a pas en tout d'abord son correctif dans la crainte d'accidents pathologiques ou dans la connaissance précise de ces accidents.

L'abus trouve d'ailleurs une importante cause adju-
vante dans la trop grande licence laissée aux industriels
et commerçants pour l'écoulement de leurs produits
toxiques. Nul doute qu'en France, par exemple, le
morphinisme n'ait trouvé une cause d'entretien dans la
facilité avec laquelle certains pharmaciens, peu soucieux
de la santé publique, débitent la morphine. De récents
procès l'ont surabondamment démontré. On en pourrait
dire autant de l'alcool, poison social dont la fabrication
et la circulation sont trop libres, et dont la consumma-
tion est trop commode.

De quelle nature est cette satisfaction intellectuelle
primordiale, susceptible d'engendrer chez l'homme
une appétence irrésistible ? Elle varie beaucoup suivant
les substances, et nous l'étudierons plus loin dans chaque
cas particulier ; mais, d'une manière générale, elle est
réductible à une excitation cérébrale, à une activité
exubérante de l'esprit qui, à la première expérience,
provoque chez l'homme doué de la faculté de s'observer
lui-même, un véritable sentiment de curiosité. Cette
exagération du fonctionnement cérébral se traduit au
dehors de diverses façons : soit du côté des mouvements
volontaires : le sujet se sent plus agile, plus vif, plus
léger ; soit du côté de l'idéation, qui s'amplifie, se trans-
forme ; soit du côté du sentiment, qui s'exalte ; soit du
côté de l'imagination, qui devient plus florissante et qui
engendre une sorte de rêvasserie à l'état de veille ; soit
du côté de la volonté, qui devient plus déterminée, plus

fixe, plus arrêtée; soit du côté des sens, dont la suractivité fournit au sujet un bagage d'impressions supplémentaires; soit du côté des centres sensoriels, dont l'hyperexcitation se traduit par des hallucinations agréables; soit dans la sphère génitale, qui devient le siège de nouvelles jouissances. D'autres fois, ce n'est pas l'excitation elle-même qui est appréciée, mais la réaction qui la suit de près et qui se traduit tantôt par une sorte de torpeur générale, d'anéantissement ineffable; par une sensation considérable de bien-être, tantôt par une douce somnolence, ou par un sommeil profond entrecoupé de rêves délicieux.

Telles sont, rapidement esquissées, les impressions initiales ressenties après l'absorption d'un toxique cérébral. On conçoit qu'elles sont suffisamment attrayantes pour que, de prime saut, l'homme en désire et en facilite le retour. Primitivement, l'excitant artificiel ne répond évidemment à aucun besoin organique; la nécessité du retour ne se crée que par l'usage et reste intimement liée au souvenir d'une série de sensations agréables. Tout au plus peut-on trouver dans certaines contrées des causes prédisposantes de la recherche d'un excitant artificiel: les contrées froides entraînent à la recherche des boissons stimulantes et, par suite d'une dangereuse erreur, à celle de l'alcool qui, comme on le sait, ne produit qu'une sensation d'échauffement passagère, bientôt suivie d'un ralentissement de la nutrition avec tendance au refroidissement. Dans les contrées chaudes, où le climat alourdit la pensée, où l'intelligence est habituellement torpide, l'utilité d'un excitant tel que le café se conçoit, etc. Mais, d'une manière générale, on ne rencontre pas à l'origine des grandes intoxications sociales ou ethniques, une cause, physiologique ou autre, qui suffise à les expliquer ou à les excuser. Le plus ordinairement, la cause est d'un ordre tout psychologique, l'homme

ayant une tendance toute naturelle, toute bestiale, si l'on peut dire, à rechercher partout son bien-être immédiat, souvent même aveuglément, sans souci du lendemain, sans crainte des conséquences plus ou moins fâcheuses d'un écart prolongé de régime. Il en va d'ailleurs ainsi de toutes les satisfactions organiques de l'animal, et la satisfaction intellectuelle, engendrée par l'usage d'un excitant artificiel, n'est en somme qu'une satisfaction organique, l'intelligence n'étant qu'une des fonctions de l'organe cérébral.

Les causes de l'extension du mal à toute une collectivité sont les mêmes qui font naître les épidémies de folie ; elles résident exclusivement dans le *besoin d'imitation* qui joue un rôle si considérable dans la psychologie des masses. Les habitudes professionnelles (alcool), la mode (tabac, café), sont réductibles à un phénomène d'imitation. D'autres causes adjuvantes favorisent notablement la contagion : les mauvais conseils, l'entraînement, les préjugés sociaux, sont de ce nombre.

Lorsqu'il s'agit d'un excitant qui, comme le vin, l'alcool, s'est introduit peu à peu dans la consommation alimentaire de chaque jour, il n'est pas besoin de rechercher une cause primordiale, d'ordre intellectuel ou autre, à l'intoxication des masses. L'abus s'est installé lentement, progressivement, insidieusement même, à la faveur de l'alimentation. Si les abus se perpétuent et se propagent même, malgré la connaissance des désordres produits par le poison, ils reconnaissent alors pour cause un état défectueux du cerveau (débilité intellectuelle, dégénérescence mentale), qui est du ressort de la pathologie.

Les empoisonnements collectifs dont nous venons de nous occuper constituent un grand chapitre de l'histoire des poisons de l'intelligence. Ce sont des empoisonnements dont la cause immédiate réside dans la volonté

de l'homme ; ils sont consentis, voulus, recherchés. D'autres intoxications du même genre, également voulues, mais d'une extension beaucoup plus limitée, quoique susceptibles encore de devenir contagieuses, sont dues au suicide (oxyde de carbone, morphine, chloroforme).

Poursuivant notre étude étiologique des empoisonnements à retentissement cérébral, nous indiquerons, par opposition aux empoisonnements volontaires, les *empoisonnements accidentels*. Ce groupe est encore très étendu. Nous y rangerons les multiples empoisonnements d'origine *industrielle* et *professionnelle* (plomb, benzine, sulfure de carbone, oxyde de carbone, aniline et toutes les intoxications plus ou moins graves qu'engendre journellement la manipulation de substances délétères); les empoisonnements provoqués par le médecin dans un but *thérapeutique* (opium, cocaïne, iodoforme, et en particulier les anesthésiques chirurgicaux : chloroforme, protoxyde d'azote); les empoisonnements engendrés par la *pratique de la vie* courante [appareils de chauffage et oxyde de carbone; aliments de mauvaise qualité (moules, viandes putréfiées, aliments avariés, pellagre); piqûres d'animaux venimeux (vipère, argas)]; les empoisonnements ayant un but *criminel*: les sorciers d'autrefois utilisaient les effets de la mandragore, de la belladone, de la jusquiame, du stramoine, pour provoquer des délires dont ils savaient tirer parti pour exploiter la crédulité publique; de nos jours, on a vu le chloroforme servir à perpétrer le vol.

Enfin, dans le groupe des poisons accidentels, il nous faut ouvrir un grand chapitre pour les *poisons d'origine humaine*, engendrés chez l'homme à l'état normal comme à l'état pathologique et dont un bon nombre agissent sur l'intelligence et sur le système nerveux. La pathologie générale moderne, aidée des récentes

découvertes de la chimie biologique, nous a montré l'homme comme un laboratoire vivant de poisons éliminés en partie, en partie résorbés et provoquant alors des accidents généraux sur la nature desquels la science d'autrefois ne possédait aucune notion vraie. Les travaux des microbiologistes ont établi que bon nombre d'organismes inférieurs sont nuisibles surtout par leurs produits de sécrétion, produits engendrés par leur transformation évolutive dans les milieux intérieurs constituant pour eux autant de bouillons de culture favorable à leur pullulation. La découverte des ptomaines par Selmi (1875) et celle des leucomaines par Gautier (1885) ont jeté un jour nouveau sur la question. Bouchard démontra le rôle considérable que jouaient les leucomaines dans les auto-intoxications ; en même temps, il démontrait l'accumulation des ptomaines dans les excréments des typhiques ; Villiers en trouva chez les rubéoleux et les diphtériques ; Pouchet dans l'urine des varioleux et des mélancoliques au moment des accès ; Lépine, Guérin et Aubert dans d'autres maladies, etc.

D'autres poisons humains trouvent leurs origines dans une vicieuse élaboration de la matière ; ce sont autant de substances dont l'excès de production ou l'insuffisance d'élimination sont dus à un trouble général de la nutrition que Bouchard a qualifié de ralentissement. Pour cet auteur, les matériaux toxiques dérivés de l'économie émanent de quatre sources : les tissus, les organes sécréteurs, les aliments, la putréfaction. Les mêmes phénomènes toxiques se retrouvent quand les émonctoires naturels drainent insuffisamment l'économie de ses déchets organiques (affections rénales, intestinales, cutanées.) Les remarquables recherches de Bouchard sur la toxicité des urines ont démontré quel rôle important pouvait jouer, dans la symptomatologie générale des maladies, l'état plus ou moins complet

d'intégrité du filtre rénal. D'après Bouchard, l'urine contient sept substances toxiques : une diurétique (urée), une narcotique, une sialogène, deux convulsivantes, une hyposthénisante, une dernière produisant la contraction pupillaire.

Or, il est d'observation courante qu'un grand nombre des substances toxiques fabriquées par l'homme ou que l'homme emprunte aux parasites qui l'habitent, produisent des troubles du côté du système nerveux. Le fait est démontré, non seulement par l'expérimentation, mais encore par la clinique ; les toxémies comptent, en effet, au nombre de leurs symptômes, des troubles cérébraux ou médullaires. C'est dans la classe des poisons névrosthéniques que doivent être rangées en majeure partie les ptomaines ; quelques-unes prennent rang dans la classe des poisons musculaires ; un certain nombre d'autres doivent figurer encore dans la classe des hyposthénisants.

Il nous sera facile de citer des exemples de l'action des poisons humains sur la sphère intellectuelle, et tout d'abord, nous désignerons les troubles psychiques qu'on classe en bloc sous la rubrique de *délires fébriles*, troubles cérébraux à intensité variable, suivant le degré de résistance cérébrale des malades, et communs à toutes les maladies qui s'accompagnent de fièvre. La dénomination de *délires fébriles* est évidemment impropre ; elle semblerait indiquer l'élément fièvre comme cause première du trouble cérébral, laissant à part la toxémie qui joue le principal rôle et qui engendre elle-même le processus fébrile ; d'ailleurs, beaucoup de maladies microbiennes, sans fièvre ou à fièvre insignifiante, présentent les mêmes symptômes cérébraux. Parmi les maladies qui nous occupent en ce moment, citons surtout celles dont la nature microbienne est établie ou infiniment probable : fièvres éruptives, fièvre typhoïde, pneumonie,

dysenterie, fièvres intermittentes, infection puerpérale, septicémie, ictère grave, endocardite infectieuse, rhumatisme aigu, délire aigu. Nous étudierons plus loin succinctement la symptomatologie des délires dits fébriles.

Comme troubles intellectuels greffés sur des toxémies d'une autre nature, nous rappellerons ceux englobés sous l'étiquette générale d'*urémie* qui désigne, en réalité, une série d'intoxications complexes engendrées par la rétention dans le sang de certaines matières excrémentitielles. Les phénomènes cérébraux de l'urémie sont parfois si saillants qu'ils occupent seuls la scène, tellement que certains aliénistes ont pu décrire, bien à tort, selon nous, une espèce spéciale de folie sous le nom de *folie brightique*. ↵

Les *cardiaques*, ou mieux les *asystoliques*, offrent encore des troubles cérébraux liés bien plutôt à une sorte de toxémie analogue à l'urémie qu'aux désordres circulatoires éprouvés par l'organe encéphalique. Il ne s'agit pas ici, bien entendu, de ce que certains aliénistes encore ont décrit sous le nom de *folie cardiaque*, désignant ainsi une sorte d'état mental particulier aux malheureux atteints depuis longtemps d'une lésion du cœur.

Le rôle si important que joue le *foie* dans la destruction des poisons explique les signes d'intoxications, et, en particulier, les troubles cérébraux et nerveux par toxémie, que l'on observe dans certaines affections hépatiques comme la cirrhose et dans lesquelles l'organe annihilé par des lésions matérielles n'est plus apte à remplir sa fonction épuratrice.

La toxicité des *substances alimentaires* insuffisamment élaborées par un estomac torpide, dilaté, est encore une source d'accidents cérébraux sur lesquels Bouchard a insisté.

Enfin, la toxicité des *matières fécales* explique les troubles cérébraux toxémiques que l'on observe si communément dans le cours de la constipation chronique. Le caractère si connu du constipé est devenu classique; nul doute que les modifications cérébrales qu'il présente ne soient bien plus sous l'influence d'une auto-intoxication par résorption intestinale de produits septiques, que sous l'influence de l'état de langueur du tube digestif. Les hypocondriaques, dit Bouchard, qui ont des souffrances surtout subjectives, sont des constipés; ils éprouvent un ensemble de troubles nerveux de la sensibilité, des bourdonnements d'oreilles, des troubles psychiques. Tous les aliénés sont constipés, et les aliénistes s'efforcent surtout de lutter contre la constipation. Bouchard affirme que cet état de l'intestin entretient le système nerveux en mauvaise disposition. Il existe une tendance actuelle à trouver la cause de certaines psychoses, telles que la mélancolie, dans une toxémie particulièrement d'origine intestinale. Cette tendance est, sans aucun doute, exagérée; les troubles de la nutrition et la constipation qui sont si fréquents dans les psychoses, surtout dépressives, sont bien plutôt la conséquence que la cause de ces états. Il est vrai, toutefois, qu'ils sont pour la folie une cause certaine d'entretien (cercle vicieux).

MODE D'ACTION DES POISONS CÉRÉBRAUX.

Pour qu'un poison puisse être dénommé cérébral, il faut admettre qu'il porte son action directement sur la cellule corticale. Cette considération élimine tous les troubles intellectuels secondaires, engendrés par les perturbations circulatoires de l'encéphale. La circulation capillaire cérébrale est l'intermédiaire obligé de toutes les intoxications, puisqu'elle charrie les principes véné-

neux et que seule, à moins d'une action directe, traumatique, expérimentale, elle entre en connexion intime avec la cellule cérébrale.

L'action intime du poison sur la cellule est à peu près inconnue; on n'en connaît que la manifestation extérieure ou symptomatique. S'agit-il d'une désagrégation ou d'une destruction moléculaire, d'une combinaison chimique? En vertu de quelle affinité tel poison localise-t-il ses effets sur tel groupe des cellules plutôt que sur tel autre? Questions encore insolubles, qui ne sauraient être tranchées que par l'examen microscopique des éléments corticaux et par l'analyse chimique des *excreta* d'origine exclusivement cérébrale dans chaque intoxication. Le problème n'est encore que posé. Ce que l'on sait, c'est qu'il s'agit d'une perturbation profonde de la vie intime de la cellule, perturbation la plus souvent passagère, mais susceptible aussi d'entraîner la mort de l'élément. Un fait intéressant à noter, c'est l'accoutumance dont jouissent les cellules corticales à l'égard de certains poisons. Mais cette accoutumance n'est que passagère; elle entraîne pour conséquence une appétence singulière pour le toxique une première fois assimilé; cette appétence est commandée par un état de souffrance particulière qui suit l'élimination du poison (opium, morphine, tabac, etc.). Il semble que la cellule ait subi alors une modification biologique complète qui constitue pour elle un nouvel état physiologique et que l'abstention du toxique amène, par un étrange paradoxe, un état pathologique, une sorte d'inanition qui se supprime pas l'absorption d'une nouvelle dose. Toujours est-il que cette dose rétablit l'équilibre cellulaire. Ce n'est qu'à la longue ou sous l'influence de doses massives que survient la déchéance de l'organe.

Quoi qu'il en soit, les poisons cérébraux agissent de trois façons : 1° en exaltant le fonctionnement de la

cellule [poisons névrosthéniques, convulsivants (alcool, camphre; cantharides)]; 2° en diminuant le fonctionnement de la cellule, en amoindrissant son pouvoir réflexe [poisons stupéfiants, narcotiques (belladone, tabac)]; 3° en annihilant momentanément la réaction cellulaire, action inhibitoire. Dans ce dernier mode, on peut comprendre les précédents poisons dont l'action est massive ou prolongée et les poisons hyposthénisants (phosphore, arsenic).

Rarement chacun de ces modes d'actions se rencontre à l'état isolé; le plus souvent, ils se combinent en se succédant. Certains poisons même sont, suivant la dose, excitants ou stupéfiants. On peut dire pourtant que la majorité des poisons psychiques sont des excitants, particulièrement ceux auxquels l'homme s'accoutume et qu'il recherche à cause même de cette excitation. Quant à la diminution de l'énergie cellulaire, si elle est primitive dans certains cas, elle est beaucoup plus souvent secondaire à une action excitante originelle; elle représente alors un état de fatigue de la cellule, le repos dont elle semble avoir besoin après avoir fourni une somme inaccoutumée de travail; c'est le cas pour l'opium et la morphine. On peut dire que le surmenage intellectuel momentané qu'engendre l'absorption d'un poison excitant, est toujours suivi d'une réaction d'autant plus marquée que l'excitation initiale est plus grande. Si cette excitation a été vive et de courte durée, la période stupéfiante ou narcotique sera plus accentuée, et, dans certaines circonstances même, l'excitation primordiale est tellement fugace, que le poison apparaît tout d'abord comme stupéfiant.

En somme, toutes les modalités d'action des poisons psychiques se ramènent à une modification quantitative de l'irritabilité cellulaire. Le mode de réaction de la cellule corticale comme celui de toutes les cellules de

l'organisme est un ; son énergie réactionnelle, bien équilibrée à l'état normal, grâce au balancement des échanges nutritifs, se trouve tantôt modifiée en plus, tantôt en moins, par l'apport d'un agent modificateur étranger. La seule différence qui caractérise la cellule nerveuse consiste dans un degré plus élevé d'irritabilité, dû à son organisation plus délicate ; c'est en raison de ce fait qu'elle réagit en face des substances les plus anodines, les plus inertes même, qui ne provoqueraient ailleurs aucune réaction.

SYMPTOMATOLOGIE GÉNÉRALE.

Est-il possible de dégager de l'étude clinique des empoisonnements cérébraux produits par tant de substances disparates, un certain nombre de caractères généraux qui les relient entre eux ? Ces caractères existent. Il n'y a pour ainsi dire pas de troubles intellectuels qui soient véritablement pathognomoniques de l'action de tel poison plutôt que de tel autre. Les folies artificielles, créées par les toxiques, ne sont que des réactions anormales de l'organe cérébral, surpris en plein fonctionnement régulier ; c'est l'entrée en jeu des éléments cellulaires, sous l'influence d'un excitant extérieur, anormal, différent de l'excitant habituel. Cette excitation peut porter évidemment son action sur tel territoire cérébral plutôt que sur tel autre, d'où les différences apparentes de symptomatologie d'une intoxication à l'autre et même chez deux sujets différents sous l'influence du même poison ; mais le toxique n'ajoute aucun élément nouveau à ce que peut créer le cerveau normal. C'est là que réside la grande différence entre des folies surajoutées et les folies que le cerveau crée lui-même, entre les vésanies toxiques et les vésanies proprement dites ou psychoses.

Toutes, ou presque toutes les intoxications légères, au premier degré, quel que soit le poison, à quelque classe qu'il appartienne, qu'il soit végétal, animal ou minéral, peuvent à peu près se résumer ainsi : excitation de l'organe de la pensée, ivresse, incohérence dans les idées et dans les actes. Dans la folie toxique, il n'y a qu'une perturbation fonctionnelle, qu'une modification en *quantité* de l'expression psychique; dans les folies organiques (psychoses ou encéphalopathies), il y a altération *qualitative* de l'expression psychique.

Quant aux symptômes spéciaux, leur physionomie varie à l'infini, bien qu'ils soient, au fond, l'expression d'un même trouble; cette variation est en rapport avec deux facteurs : la *localisation* des effets toxiques sur tel groupe cellulaire et la *réaction individuelle*. Les gens nerveux, les prédisposés sont évidemment plus impressionnables que les sujets normaux. L'alcool, la morphine, la coca, ne produisent pas les mêmes effets apparents chez tous les sujets, chez l'homme ou chez la femme, à toutes les latitudes. Parmi tous les poisons que nous énumérerons plus loin, un grand nombre ne provoquent de réactions cérébrales qu'exceptionnellement, à la faveur de certaines dispositions des sujets. Dans le nombre des ouvriers qui manipulent le sulfure de carbone ou l'aniline, quelques-uns seulement présentent des désordres intellectuels. Donc, le facteur individuel, avec ses idiosyncrasies, est appelé, ici comme partout ailleurs, à jouer un rôle capital. D'autres facteurs interviennent encore : le degré de culture de l'esprit, les habitudes, la condition sociale, le cours des idées, l'état de vacuité ou de plénitude de l'estomac, les saisons, les latitudes, etc., sont autant d'éléments modificateurs de l'appareil symptomatique des intoxications cérébrales. Les hallucinations des Occidentaux soumis au haschisch ne sont pas identiques aux rêves voluptueux qui les font rechercher par

les Orientaux. Notons enfin la dose absorbée, et le mode de préparation du poison.

D'une manière générale, les symptômes des intoxications cérébrales peuvent se résumer dans trois types :

1° Certains poisons produisent un trouble général de l'entendement, une perturbation, un désordre de toutes les facultés; il n'y a pas localisation élective des effets toxiques sur telle ou telle faculté. S'il y a délire, c'est un délire incohérent, absurde, sans suite, comme dans la manie ou dans l'ivresse; il n'y a pas de délire organisé, ni d'idée fixe, ni de délire hallucinatoire. Si les hallucinations existent (et c'est fréquent, car la couche corticale est uniformément surexcitée), elles ne donnent aucune tournure spéciale au cours des idées; elles modifient l'idéation, dans le moment où elles se produisent; mais le phénomène est passager et transitoire (délires des pyrexies, etc.).

2° D'autres poisons, sans produire un trouble aussi intense, perturbent pourtant encore l'ensemble des facultés, mais à un degré moindre. En nous aidant d'une comparaison, nous dirons que le groupe précédent est au délire alcoolique ce que celui-ci est à la simple ivresse. Perturbation générale, mais légère, de l'entendement, ivresse en un mot, telle est la caractéristique de ce groupe. A l'intensité des processus près, la seule différence qui le séparerait du précédent, serait la persistance d'un certain degré de conscience ou de l'intégrité de la conscience (camphre, musc, betel, etc.).

3° D'autres poisons, enfin, tout en produisant une ivresse momentanée, semblent pourtant cantonner leur action dans une des sphères de l'intelligence ou dans un département cérébral, soit du côté de l'idéation, soit du côté des mouvements volontaires (haschisch, perte du sens de l'espace), soit du côté des sentiments (impulsions instinctives, passions érotiques, etc.), soit du côté des

centres sensoriels (hallucinations des divers sens; belladone, etc.). L'aspect des conceptions varie alors suivant la prédominance de l'excitation dans tel ou tel département psychique : conceptions érotiques chez les uns, besoin incessant de mouvement chez les autres, hyperidéation, conceptions ambitieuses, mystiques, etc., chez d'autres.

Essayons maintenant de grouper les divers symptômes observés dans les intoxications cérébrales, d'en faire l'analyse, et d'en extraire ensuite quelques généralités.

DE L'IVRESSE.

L'ivresse est un symptôme à peu près commun à tous les empoisonnements cérébraux. C'est le premier phénomène observé après l'absorption du toxique, qu'il soit de nature excitante ou de nature déprimante. Il offre parfois des caractères si tranchés qu'il a donné lieu à des descriptions spéciales pour certains poisons. On décrit en effet les ivresses alcoolique, quinique, chloralique, ergotique, atropique, iodique, thébaïque, etc. L'étude de ces ivresses démontre qu'elles s'accompagnent des mêmes troubles cérébraux et qu'elles sont en somme superposables dans la description.

L'ivresse présente des degrés : tantôt très légère (alkekenge), elle peut être profonde, semi-comateuse (aniline); dans d'autres circonstances, les malades méritent l'épithète d'ivres-morts (alcool, opium). L'ivresse la plus typique, celle qui peut servir de terme de comparaison, est l'ivresse alcoolique; certains poisons, comme le camphre, produisent une ivresse absolument semblable à celle de l'alcool.

Les troubles intellectuels sont : une grande intoxication avec exaltation (les idées se succèdent rapides,

mal enchainées, l'imagination est plus productive); la volubilité, les propos incohérents, la parole embarrassée, l'articulation difficile (atropine); parfois il se produit une véritable aphasie (iodoforme). Dans un cas d'empoisonnement par le miel de la lecheguana (A. de Saint-Hilaire), on a observé une amnésie totale de la langue française: malgré son désir de parler français, le malade ne pouvait plus s'exprimer qu'en portugais. A ces signes se joint une notable excitation neuro-musculaire: les gestes sont rapides, désordonnés; le malade commet toutes sortes d'excentricités. Dans certains cas (haschisch), on note une très grande exubérance de sentimentalité beaucoup plus marquée qu'ailleurs. Ce poison, comme aussi l'éther, produit en outre une singulière stimulation de la mémoire: les événements les plus anciens se rapprochent, apparaissent avec une netteté qu'ils avaient depuis longtemps perdue. Dans certains cas (ciguë), l'ivresse produit une véritable obnubilation de l'intelligence.

Dans l'immense majorité des cas, à moins de prédisposition spéciale du sujet, l'ivresse est gaie et produit une certaine jouissance. Elle est gaie, douce, folâtre à l'excès sous l'empire du guarana, du haschich, du maté; elle se manifeste par de l'hilarité ou même par des éclats de rires incoercibles (chanvre, haschich, codéine, gaz hilarant, mélisse, opium, lecheguana).

Elle produit encore un sentiment de volupté profonde (haschich), une sorte d'extase, une sensation indescriptible de bien-être (datura, gaz hilarant, opium).

Enfin, on peut observer concurremment une sorte d'état subdélirant (datura, chanvre). Fréquemment, dans l'ivresse produite par le haschich, on rencontre une exagération de la personnalité avec idées de satisfaction et idées ambitieuses. On note parfois des illusions singulières. Les sujets qui ont absorbé du haschich commet-

tent des erreurs grossières sur le temps; ils ont perdu la notion vraie de l'espace. Les opiophages n'ont plus la connaissance exacte ni des lieux, ni du temps.

L'attitude des malades reflète la tournure des idées. Quant à leur aspect, il varie un peu suivant l'action du poison sur la sensibilité générale et sur les vaso-moteurs. Tantôt ils sont pâles, abattus, les yeux sont mornes, hébétés (kawa); tantôt le visage est animé, le regard brillant, vif; tantôt le malade a l'air égaré (leche-guana); tantôt enfin le malade se couche, il est prostré (iodoforme).

Notons rapidement les phénomènes généraux: céphalalgie, vertiges, étourdissements, pesanteur de tête, compression au niveau des tempes, bourdonnements d'oreilles, nausées, vomissements, tremblements, titubation, vacillation, incertitude de la marche, sensation de faiblesse des membres inférieurs (pelletière), membres alourdis (kawa). Dans l'ivresse anilique, on observe de véritables mouvements automatiques; dans celle du datnra et du gaz hilarant, les malades vont et viennent, ils ont un besoin irrésistible de mouvement.

La conscience, en général, s'obscurcit rapidement; il est des cas pourtant où elle persiste dans toute son intégrité (benzine, chloroforme, lechegnana); c'est une ébriété consciente avec perception exacte et compréhension du monde extérieur. Dans certains cas (gaz hilarant), les malades perdent toute relation avec le monde extérieur, tout en conservant leur connaissance. Dans l'empoisonnement par l'oxyde de carbone, l'intelligence reste intacte jusqu'aux approches de la mort.

L'ivresse se produit très rapidement après l'absorption du poison. Elle peut durer un temps très court et se terminer par un état de sommeil plus ou moins profond. Exceptionnellement, l'ivresse chloralique est parfois consécutive à la narcose. On observe d'abord une

légère excitation de courte durée, puis un sommeil profond ; l'ivresse se produit au réveil.

A l'ivresse succède le retour à la santé, comme elle peut laisser place à des troubles cérébraux variés que nous décrirons plus loin. †

(A suivre.)

OCCLUSION ACCIDENTELLE

DE L'OUVERTURE DE LA GLOTTE
PAR LE BOL ALIMENTAIRE, CHEZ LES ALIÉNÉS

Par le D^r HOSPITAL

Médecin en chef de l'asile Sainte-Marie, à Clermont-Ferrand.

Le numéro de mai 1890 des *Annales médico-psychologiques* contenait, entre autres articles très intéressants, la relation d'un cas d'asphyxie brusque, due au bol alimentaire, chez un dément, par notre collègue M. le D^r Ramadier. Cette lecture m'a remémoré une observation personnelle, que j'ai facilement retrouvée dans mes notes, et qui m'a paru présenter, à certains point de vue, un intérêt tout particulier ; c'est ce qui me décide à vous la communiquer, telle que je la trouve rédigée dans mon recueil d'observations.

Dans tout ce que j'ai pu lire jusqu'à présent sur l'aliénation mentale, je n'ai pas trouvé une observation identique à celle que je vous communique. On trouve bien, çà et là, des exemples d'individus ayant avalé de travers, tels que les suivants : glotte bouchée par un morceau de viande (Corvisart, Dupnytren, Fleury) ; sangsue avalée, arrêtée dans l'arrière-bouche, et y acquérant assez de volume pour obturer la glotte (Lacretelle) ; ratelier dans le larynx (*Gaz. heb.* 1859. Delasiauve) ; fausse déglutition chez des épileptiques (J. Rengade, L. Régnaud. *Gaz. heb.* 1865; *Journ. méd.*

ment. T. 5); lombric dans les voies aériennes (*Gaz. théér.* 1870); nombreux cas d'objets divers pénétrant dans le larynx, les bronches, l'œsophage, dont quelques-uns, particuliers aux aliénés, mais bien peu (ex. : asphyxie lente, par occlusion du larynx, par suite d'introduction de cailloux et tuyau de pipe, chez un dément, dans l'arrière-bouche, fermant, presque hermétiquement, les voies aériennes. — Christian, *Arch. clin.* 1885); plusieurs exemples similaires cités par David Welsh (*The journal of mental science*, en 1886). En 1869, notre regretté savant, Achille Foville, publia un intéressant recueil d'observations sur un sujet analogue, mais non identique; dans les cas qu'il relate, les matières alimentaires pénétrèrent dans les voies aériennes par régurgitation, c'est-à-dire après avoir pu être facilement avalées. Les observations que j'ai recueillies sont dans le cas opposé à celles rapportées par Foville, tout en aboutissant au même résultat.

On a lieu de s'étonner de la pénurie d'observations relatives au sujet que nous traitons, quand on songe à la difficulté qu'ont les déments à ouvrir la bouche, à propulser la langue, à avaler; car, chez eux, outre l'affaiblissement nerveux, il y a plus ou moins ataxie. On a remarqué, en effet, combien leurs muscles trépident quand on les touche; le même phénomène ne peut-il pas se produire au contact du bol alimentaire avec l'arrière-bouche et donner lieu à une fausse manœuvre dans la déglutition? Chez les choréiques, qui n'ont pas un instant de repos, et dont les mouvements deviennent encore plus désordonnés quand ils veulent les soumettre à leur volonté, cet accident ne peut-il pas se produire? Chez les épileptiques, pareil fait ne peut-il se manifester par suite de la coïncidence d'une déglutition et d'une attaque? On pourrait également le craindre chez les délirants parleurs, toujours très distraits, chez les agités,

chez les boulimiques, chez les sitiophobes, chez certains scoliotiques cervicaux, chez les goitreux, chez les myxœdémiques, chez les mérycistes, chez ceux qui ont des tics nerveux, pendant les tentatives d'alimentation forcée, soit avec sonde, bouche artificielle, introduction de force dans la bouche ou par les narines, etc. ; malgré tant de situations favorables à l'accident dont nous parlons, les exemples en sont rares, du moins dans la psychographie. Cependant, on a dû constater des morts subites pendant les repas ; car « des corps étrangers peuvent aussi pénétrer dans les voies aériennes pendant la déglutition ; mais, pour que cela ait lieu, il faut que le mécanisme de cette fonction soit troublé » (Boyer).

On aura pu confondre, parfois, avec des morts rapides, par le cerveau, ou avec l'angine laryngée-cédémateuse, l'angine aqueuse de Boerhaave, l'asthme convulsif, l'œdème de la glotte, l'accès d'épilepsie ou d'hystérie, ainsi que d'autres maladies, formidables par leur terminaison fatale et très rapide.

Essayer d'établir un diagnostic et des signes distinctifs, serait donc de la plus grande utilité ; car, comme on le verra plus loin, en s'y prenant à temps, on peut sauver quelqu'un !

C'est surtout au personnel surveillant des asiles que le médecin aliéniste doit apprendre ces indices et les moyens rapides d'y remédier ; en effet, dans tous les cas, la mort arrive si promptement, qu'il n'a pas le temps d'être appelé.

Ayant été témoin de deux de ces cas, je pris le parti de démontrer, le scalpel en main, à mon personnel surveillant des deux sections, le mécanisme de l'obstruction de la glotte par des aliments, et les moyens d'y remédier immédiatement, soit par l'introduction de deux doigts (index et médius) ou d'une pince, soit par celle du tube laryngien. Bien m'en prit, comme on le

verra plus loin. J'engage donc mes collègues à prémunir leurs subordonnés contre cet accident; ne sauveraient-ils qu'un seul individu, que ce serait une compensation enviable.

Les signes auxquels on peut reconnaître l'introduction accidentelle d'aliments dans l'ouverture de la glotte, sont les suivants : l'apparition soudaine et formidable de l'accident, la suffocation violente sans perte immédiate de connaissance; le malade cesse tout d'un coup de manger, la face se congestionne, les yeux sont injectés et saillants, les ailes du nez battent, la bouche s'ouvre démesurément; violents efforts pour respirer et tousser; le malade porte rapidement ses doigts au cou et dans la bouche, sans même pouvoir émettre le moindre son, quand l'occlusion est complète; enfin, il se dresse debout, bat l'air de ses bras, et s'écroule; la face pâlit; la mort apparente survient, bientôt suivie de la mort réelle; tout cela marche avec une rapidité extrême, à moins que l'occlusion soit incomplète ou que le fragment obturant, trop petit, tombe aussitôt dans le larynx; les accidents sont alors moins précipités; de terribles efforts de toux convulsive ont lieu, jusqu'à ce que le corps étranger ait été expulsé, ou qu'il se soit confiné dans quelques replis.

L'accident peut se produire, en même temps qu'une attaque névropathique; le diagnostic est, alors, plus obscur, et dans ce cas, il faut courir au plus pressé, c'est-à-dire à l'examen de la gorge.

Quand un malade est pris de l'accident que nous venons de décrire, il faut aussitôt, ainsi que je l'ai enseigné à mon personnel, saisir la langue avec un mouchoir, de la main gauche, et introduire les doigts index et médius de la droite, dans l'arrière-bouche, en suivant le dos de la langue; on sentira le corps obturant qui pourra être ainsi pincé ou seulement déplacé; il faut

éviter de l'enfoncer davantage ; les deux doigts devront être introduits, légèrement écartés l'un de l'autre. Si cette manœuvre n'a aucun succès, on aura recours à une pince courbe, analogue à une pince à polype ou de trousse, qui, plus fine, plus solide, et plus mordante, pourra plutôt saisir le corps étranger, ou quelques fibres, dans le cas où un commencement de mastication l'aurait rendu plus ou moins mou.

J'ai distribué deux de ces pinces dans l'asile, une pour les hommes, l'autre pour les femmes. Si ces tentatives restent infructueuses, jointes à diverses manœuvres adjuvantes, il faut tenter d'introduire le tube laryngien, à courbure un peu plus écartée que celui employé pour les enfants, et conjurer, par là, le passage de la mort apparente à la mort réelle, par l'envoi de l'air ; ici, il ne faut pas se décourager, il faut souffler ferme et longtemps, et même se remplacer. Pendant le même temps, on agira sur les parois du thorax, comme pour les noyés ; si l'introduction du tube est impossible, on aura recours à la trachéotomie (un dément paralytique fut ainsi sauvé par David Welsh) (1). Enfin, il ne faut abandonner le patient que quand les efforts pour le ressusciter ont été opiniâtement continués longtemps. Qu'on se souvienne que des asphyxiés ont été rappelés à la vie après plusieurs heures de tentatives. On pourra également essayer de la respiration artificielle par la canule trachéale, soit directement, soit à l'aide d'un soufflet ; je ne l'ai lu nulle part, mais je sais que ç'a été essayé ; seulement, gare aux pneumonies subséquentes ! Si on a lieu

(1) Si un reste de respiration donnait quelque répit, peut-être pourrait-on avoir recours aux vomissements, qu'on provoquerait par titillation, et injection d'apomorphine ?

En cas d'occlusion incomplète, il serait bon de faire pencher la tête en avant et en bas pour favoriser la sortie des matières encombrantes.

de penser que l'obturation du conduit aérien est produite non par l'introduction dans son calibre, mais par pression extérieure, par suite d'un bouchon œsophagien, il faudrait recourir à la sonde, et repousser profondément l'obstacle ; chercher à le retirer prendrait trop de temps, la sonde à courant d'eau pourrait alors être très utile. Des révulsifs, même une saignée, pourront, dans certains cas, être de précieux adjuvants.

OBSERVATION. — La femme B..., âgée de quarante-trois ans, fut conduite dans l'asile, en mai 1873 : figure jaune, terne ; affaiblissement et amaigrissement ; tête fortement portée en arrière, occiput touchant le cou, sans scoliose apparente ; la face regarde en haut, et la tête est un peu mobile ; tout le corps est ratatiné. Elle parle avec répugnance et à voix basse ; elle se plaint vaguement de douleurs, sa physionomie exprime la dépression lypémanique ; elle est tranquille. Le certificat étranger porte : « aliénation mentale et idiote, devient furieuse et dangereuse à la moindre contrariété. » Les cinq premiers jours se passent, sans qu'elle se décèle par quelque indice saillant, sauf un peu d'impatience et de la tendance à déchirer. Mais on constate, en même temps, ce fait, sur lequel va rouler toute l'observation, c'est la difficulté extrême de la déglutition. Chaque fois qu'on lui présente des aliments, elle essaie bien de les ingurgiter, mais elle en rejette aussitôt une partie, le reste ne passe qu'après plusieurs tentatives. Voulant m'assurer, *de visu*, de cet état, on lui présente, devant moi, de la soupe ; nous constatons, en effet, que la déglutition est difficile, la langue sort à peine de la bouche ; on dirait qu'il y a rétrécissement de l'isthme du gosier, et aussi, affaiblissement musculaire. Les efforts que fait la malade pour avaler, paraissent violents, mais non douloureux ; la tête est toujours penchée en arrière, mais on peut sans grand effort la ramener en avant, ce qui porterait à supposer, que cette position anormale est peut-être une habitude invétérée, consécutive elle-même à quelque travail morbide ancien du côté de la motilité ; le contraire a lieu, comme on le sait, chez les déments paralytiques. On remarquera que, dans cette situation, l'incurvation exagérée des vertèbres cervicales contribue à rétrécir l'isthme du gosier et gêne énormément le jeu des muscles pharyngiens ; on n'a qu'à en faire l'expérience

sur soi-même, en essayant d'avaler, la tête fortement cambree. De même qu'il est difficile de boire et manger dans le décubitus dorsal, c'est dans cette position qu'on alimente souvent, dans les asiles, les alités, ce qui est une grande imprudence, et peut aussi déterminer des accidents par occlusion. La nature nous indique que, pour l'introduction des aliments et liquides, il faut que la face soit verticale et, mieux encore, penchée en avant; cette loi s'étend même à la plupart des animaux; aussi, pour nourrir sans danger les alités, vaut-il mieux recommander expressément de les faire asseoir un instant, ou tout au moins concher sur un côté; ces petites précautions, que je ne cesse de répéter à mes nosocomes, peuvent éviter la mort. Mais revenons à notre malade : chaque déglutition est suivie de symptômes d'asphyxie, anxiété, suffocation, toux; les liquides ne sont guère mieux tolérés que les solides, auxquels il faut renoncer. Une nutrition aussi imparfaite explique l'état d'émaciation de la malade.

L'inspection du gosier ne révèle rien d'anormal, si ce n'est des signes de paralysie; en effet, on n'obtient aucune réaction en titillant cette région. Par le toucher, on constate la saillie vertébrale exagérée, mais cependant pas assez prononcée pour aplatir le pharynx. Parfois deux cuillerées passent, mais l'anxiété paraît à la troisième, et dure une minute. Nous pensâmes que la malade avait peut-être avalé quelque corps étranger, qui s'opposait par sa présence, à la descente du bol alimentaire (1), et nous nous propositions d'explorer le lendemain l'œsophage, soit avec la sonde, soit avec l'appareil de Dupuytren, quand arriva l'*accident* : l'infirmière lui faisait manger un mélange de soupe mitonnée au fromage; tout à coup, la malade se débattit, puis resta immobile! on essaya inutilement les secours en usage. Quand j'arrivai, quelques instants après, je constatai l'état suivant : face pâle, corps inerte, en résolution, yeux clos, pupilles immobiles, mâchoire inférieure pendante; pouls et battements cardiaques imperceptibles; je plongeai aussitôt les doigts dans l'arrière-bouche; cette région était encombrée de pâte formée de pain et fromage, qui n'avait pu être avalée; j'introduisis alors le bec de la sonde courbe de trousse, en guise de tube laryngien, je sentis parfaitement la résistance vaincue de la substance molle, en pénétrant par l'ou-

(1) 3^e observation de David Welsh (*The Journ. of ment. sc.* 1886).

verture de la glotte; puis on souffla avec énergie; mais rien ne changea, la mort était déjà réelle.

AUTOPSIE. — Je laisse de côté les détails nécropsiques, qui n'ont point rapport à notre sujet : fragment de fromage long de deux centimètres, ayant pénétré dans l'ouverture de la glotte et logé entre les cordes vocales; sa mollesse due à un commencement de mastication fait qu'il applique exactement contre les parois du conduit aérien; dans ce fragment, entre lui et la muqueuse, on observe un sillon vertical; c'est là qu'a passé la sonde aérifère, pour pénétrer dans le larynx.

Donc, si on avait pu l'introduire à l'instant même de l'accident, on aurait eu la chance de suspendre l'asphyxie, de provoquer une toux d'expulsion qui aurait chassé ou favorablement déplacé le bouchon obturateur, et conservé la vie à la malade.

Raison de plus, encore une fois, pour exercer les infirmiers des deux sexes, et les prémunir, par des avis préalables, et l'installation à leur portée immédiate des instruments énumérés plus haut, particulièrement de la pince que j'ai fait courber exprès à cette intention. Mais revenons à l'autopsie :

Poumons fortement congestionnés par suite de l'asphyxie, laquelle a dû être très rapide, le corps étranger ayant bouché immédiatement l'entrée de l'air, vertèbres cervicales plus incurvées en avant que normalement, par suite d'une rétraction ancienne des muscles cervicaux postérieurs.

Nous eûmes lieu de nous féliciter d'avoir instruit notre personnel des accidents possibles que nous venons de décrire; à quelque temps de là, une femme atteinte de manie chronique de persécution, et passant sa vie à maugréer à voix basse contre ses ennemis imaginaires, dans un moment de préoccupation, distraite plus fortement que de coutume, *avala de travers!* Aussitôt, symptômes de suffocation; la religieuse présente *plongea immédiatement ses deux doigts dans l'arrière-bouche, et*

en retira un morceau de bouilli: la malade reprit instantanément la respiration; même fait se présenta depuis, chez un vieillard épileptique; le docteur Dumas, mon adjoint, qui se trouvait dans la maison, lui retira des bribes fibreuses de viande, qui n'avaient pu être entraînées, ensemble, par la déglutition. Enfin, un troisième cas, chez un homme, eut lieu en 1878; un frère surveillant l'opéra avec succès.

Ne pas confondre avec le spasme glottique de nature hystérique (Gouguenheim), ni avec l'œdème rapide de la glotte.

Encore quelques mots, et j'aurai fini. Le D^r Ramadier, dans l'observation détaillée qu'il rapporte, attribue la mort du malade, moins à l'asphyxie mécanique due à l'introduction du bol alimentaire dans le pharynx et l'œsophage, comprimant la trachée, qu'à la pression exercée sur les nerfs laryngés inférieurs ou récurrents, s'appuyant sur les expériences de Longét; je n'ai pas la prétention de trancher la question, mais je peux lui fournir un élément propre à l'éclairer; c'est le suivant: il y a environ quinze ans, on conduisit dans l'asile, une femme de trente-cinq ans, mélancolique. L'observation entière mérite d'être rapportée à part; nous allons en extraire, aujourd'hui, seulement ce qui nous intéresse; cette malheureuse malade se suicida le lendemain de son entrée, en se coupant la carotide gauche, avec un mauvais couteau, qu'elle avait pu dissimuler; quand nous la vîmes, elle respirait encore, malgré l'énorme perte de sang; cette respiration paraissait beaucoup *plus difficile à l'inspiration qu'à l'expiration*; l'air pénétrait avec peine et bruit, et sortait librement; or, à l'autopsie, nous constatâmes la section nette du récurrent gauche, nerf qui longe la carotide, et va animer les replis de l'ouverture de la glotte; ces replis, ne pouvant plus s'écarter au contact de l'air pénétrant,

tendaient, au contraire, à s'affaïsser davantage, par l'entrée de l'air, tandis qu'ils s'effaçaient facilement par son expulsion. Dans le cas que nous venons de rapporter, un seul récurrent ayant été coupé, l'occlusion, de ce chef, n'était pas complète, et la respiration a pu se faire encore quelques instants.

Si les deux nerfs étaient accidentellement comprimés par un corps étranger à la partie supérieure de l'œsophage, ou même un seul, il me semble que quelques indices, à l'endroit extérieur correspondant, soit voussure, soit battements plus forts et plus superficiels des carotides, pourraient éclairer le diagnostic, et ne doivent, par conséquent, ne pas être négligés.

En résumé, bien que l'occlusion accidentelle des voies aériennes par des aliments, paraisse encore rare, même dans les asiles d'aliénés, j'ai la conviction que quelques-uns de ces cas ont dû passer inaperçus ; raison de plus, pour attirer l'attention, sur ces faits et dire, comme jadis le Sénat romain, dans les moments critiques, à ses magistrats : *Caveant consules*.

Médecine légale

LA

MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS AUX ÉTATS-UNIS D'AMÉRIQUE

Par le Dr Victor PARANT

Directeur-médecin de la maison de santé de Toulouse.

Le principe de l'irresponsabilité des aliénés aux États-Unis. — Il est basé, comme en Angleterre, sur l'aptitude à distinguer le bien du mal. — Fausseté de ce principe ; erreurs auxquelles il donne lieu. — Les juges et les jurys s'ingénient à le tourner, pour ne pas avoir à l'appliquer. — Progrès récents. — Deux jugements qui tendent à rapprocher la jurisprudence américaine de la jurisprudence française.

Les principes qui, aux États-Unis, règlent la situation de l'aliéné par rapport à la loi, sont différents de ceux qui sont suivis en France. Les questions qui se rapportent à la responsabilité criminelle des aliénés et à leur capacité civile y sont résolues d'après des données que, par rapport aux progrès réalisés dans notre pays, et par rapport au mouvement scientifique en général, on peut considérer comme véritablement arriérées. La situation, dans cette partie de l'Amérique, est à certains égards semblable à ce qu'elle est encore en Angleterre ; ce qui s'explique aisément, d'ailleurs, par cette consi-

dération que les mêmes lois, les mêmes règles judiciaires sont communes aux deux pays, qui parlent la même langue, et dont l'un, à ses origines, n'a pu faire autrement que de se modeler sur l'autre, dont il était le rejeton et la dépendance.

Il faut cependant constater que l'état de choses est sensiblement meilleur aux États-Unis qu'en Angleterre; qui est peut-être le seul pays du monde où les lois semblent faites comme à plaisir pour méconnaître le plus possible les droits que la maladie crée en quelque sorte aux aliénés et où l'on semble s'appliquer à résoudre de la manière la plus défavorable au bien et à l'intérêt de ceux-ci les questions qui les concernent.

Les progrès réalisés aux États-Unis sont dus en partie aux efforts des médecins aliénistes, qui n'ont pas cessé, depuis de longues années, de faire entendre à ce sujet des revendications légitimes. Les journaux médico-psychologiques, publiés par eux, en font foi et les documents qu'ils contiennent sont là-dessus très significatifs.

Les résultats, néanmoins, n'ont pas encore été proportionnés aux efforts. A quoi cela est-il dû? Peut-être à la suspicion dans laquelle, en Amérique comme ailleurs, les médecins aliénistes sont quelquefois tenus au sujet des matières dont ils s'occupent. Ce n'est pas qu'on refuse de reconnaître leur compétence, mais on semble craindre qu'ils n'aient pas toujours une impartialité suffisante, qu'ils ne soient disposés à étendre outre mesure le domaine de l'aliénation mentale et à réclamer trop en faveur des aliénés. On pratique à leur égard la défiance que des juriconsultes et de hauts magistrats ont manifestée à l'égard des médecins experts en général. On leur oppose les fins de non-recevoir que leur opposait par exemple la cour suprême de l'État du Maine, qui, dans un de ses jugements, disait : « S'il y a

au monde un témoignage qui n'ait aucune valeur, qui même soit plus mauvais que n'importe quel autre, c'est celui des experts médecins. Sans doute ils sont plus capables que quiconque de diagnostiquer une maladie ; mais pour dire si, à un moment donné, cette maladie est arrivée à tel ou tel degré, si, notamment, un individu n'était plus capable de faire valablement un acte de la vie civile, ou s'il était irresponsable de ses actes, l'opinion de ses voisins, si ce sont des gens de bon sens, a plus de valeur que celle de tous les médecins d'alentour (1). » Du reste, il faut en cela comme en toute chose faire la part de la routine, des préjugés et de l'ignorance. Faut-il voir les aliénés à un point de vue juste, bien des gens les apprécient mal, et englobent avec eux les médecins aliénistes dans leurs appréciations erronées.

A cause de cela, si les médecins aliénistes des États-Unis avaient été seuls à soutenir la cause des aliénés, ils auraient risqué de voir leurs efforts demeurer infructueux, ou du moins ils auraient peut-être dû attendre bien longtemps les progrès qui sont en voie de se réaliser.

Mais un appui leur est venu, appui excellent, apporté par des hommes qui non seulement n'étaient pas exposés aux mêmes suspicions, aux mêmes défiances, mais qui, par leur situation, étaient en mesure de réaliser eux-mêmes les progrès désirables. Une Société de médecine légale s'est fondée jadis à New-York ; semblable à notre Société de médecine légale, elle s'est composée non seulement de médecins, mais aussi de jurisconsultes et de magistrats, et l'influence qu'elle a exercée sur les pro-

(1) T. Gold Trost, Esq. — *Medical expertism, considered from its legal and medical stand points.* — *The medico-legal Journal*, septembre 1889.

grès de la médecine légale aux États-Unis est indéniable. Nous verrons, en effet, plus loin, qu'un progrès décisif, réalisé depuis peu dans la médecine légale des aliénés, l'a été sous l'influence de l'un des membres de cette Société (1).

Pour apprécier l'importance de ce progrès, nous devons prendre les choses d'un peu loin en arrière. Nous ne nous occuperons du reste ici que de ce qui, en médecine légale, concerne la responsabilité criminelle des aliénés, laissant de côté tout ce qui se rapporte à leur capacité civile.

Nous avons dit tout à l'heure que les principes de juridiction en vigueur aux États-Unis ne sont que la copie, le reflet de ceux qui ont été et sont encore en vigueur en Angleterre. Les différentes vicissitudes par lesquelles ces principes ont passé dans ce dernier pays ont été résumées d'une manière très intéressante par Sommerville, magistrat fort distingué des États-Unis, celui-là même que nous venons d'indiquer comme le promoteur d'un grand progrès dans la médecine légale des aliénés de ce pays. Il n'est point hors de propos de lui emprunter et de reproduire ici les principaux traits de son résumé.

Il n'y a pas bien longtemps encore, un siècle tout au plus, que les juges anglais n'admettaient pas la folie comme excuse d'un acte criminel. Tout crime devait être puni, et si son auteur était réputé aliéné, alors même que sa folie aurait été généralisée et d'une évidence incontestable, les tribunaux n'avaient point à en tenir compte. Seule, la clémence du roi pouvait intervenir

(1) La Société de médecine légale de New-York est actuellement présidée par un juriste distingué, Clark Bell, homme d'une grande activité, qui s'emploie de toutes ses forces et avec beaucoup d'autorité à développer les progrès de la médecine légale aux États-Unis.

après le jugement et adoucir ou transformer la peine qui avait été infligée.

« Les règles anciennes, dit Sommerville (1), sont depuis longtemps abandonnées ; elles étaient déplorablement erronées, et les commentateurs se perdaient à leur sujet en dissertations confuses et pleines d'incertitude. Il fut un temps, dans l'histoire de nos lois, où il était interdit, pour les fous les plus avérés, de donner comme une excuse le mal qui les affligeait. Pour justifier une règle aussi absurde, on faisait abstraction de l'incapacité où les fous étaient de présenter eux-mêmes leur défense, on les identifiait à ceux qui parlaient en leur nom, et l'on disait que personne n'avait le droit de s'accuser de faiblesse d'esprit et de plaider sa propre incapacité. Un jurisconsulte éminent prenait comme marque légale de l'irresponsabilité la perte complète de la mémoire et de l'intelligence. A quoi l'on répondait avec raison que jamais nulle part il ne s'était vu un fou dans cet état. Plus tard, on crut que le délire seul devait être regardé comme l'indice de la folie et comme signe légal de l'irresponsabilité. Lord Kenion, ayant fait prononcer l'acquiescement d'un individu qui était ainsi en état de délire, proclamait solennellement qu'on ne devait pas avoir le moindre doute sur la valeur absolue de ce signe. Cependant, comme l'on en vint à reconnaître qu'il pouvait y avoir des folies sans délire et que le délire n'était point toujours un symptôme de folie, on dut abandonner cette manière de voir. C'est alors que lord Hale proposa de mesurer la responsabilité et la capacité civile d'après la force intellectuelle d'un enfant de quatorze ans. C'est alors aussi que Tracy et d'autres magistrats avancèrent que celui-là pouvait échapper à la répression de ses actes

(1) Cité par Clark Bell, *Judicial departure in insanity cases.* — *The Medico-legal Journal*, septembre 1888.

criminels qui était assez complètement privé d'intelligence et de mémoire pour ne pas être plus capable de savoir ce qu'il faisait qu'un jeune enfant, une brute ou une bête féroce (1). Les connaissances successivement acquises sur la folie firent abandonner l'une après l'autre ces diverses conceptions juridiques. En 1812, Lord Mansfield soutint que, pour apprécier la responsabilité d'un meurtrier, il fallait rechercher s'il comprenait que son crime était contraire aux lois de Dieu et de la nature ; ce qui revenait à dire que cet individu devait être capable, d'une manière abstraite, de distinguer entre le bien et le mal. L'opinion de Mansfield rencontra peu d'adhésions. Mais cependant, en la modifiant en partie, en gardant ce qu'elle avait d'essentiel, on en a fait la règle à laquelle, ultérieurement, s'est rangée la Chambre des lords et qui, de nos jours encore, fait en quelque sorte loi en matière de responsabilité criminelle des aliénés. D'après cette règle, pour faire déclarer irresponsable un individu accusé de crime et réputé aliéné, il faut établir que cet individu, au moment du crime, était dans un état de trouble d'esprit tel que, par le fait de la maladie mentale, il n'était pas capable d'apprécier la nature et la qualité de ses actes, ou, s'il l'appréciait, qu'il n'était pas capable de comprendre que ses actes étaient mauvais. »

En effet, cette manière de concevoir les choses est bien encore en réalité l'opinion de Mansfield, non pas envisagée d'une manière abstraite et générale, mais appliquée à chaque cas en particulier. Elle consiste essentiellement en ce que c'est la distinction du bien et du mal qui doit être prise comme signe caractéristique en matière de responsabilité. C'est l'incapacité de pou-

(1) Cette assimilation indirecte de l'aliéné à la brute ou à la bête féroce donne la mesure des sentiments que jadis, en bien des lieux, on nourrissait à l'égard des malheureux aliénés.

voir faire cette distinction qui doit faire ranger un individu dans la catégorie des aliénés et le faire exonérer de la responsabilité de ses actes.

Nous qui, en France, sommes habitués maintenant à envisager à la lumière d'un tout autre principe les rapports de l'aliéné avec le droit criminel, nous avons peine à comprendre qu'on puisse fonder sur une base aussi fragile les règles d'appréciation en pareille matière. Point n'est besoin de s'arrêter ici à discuter l'erreur; nous savons tous, nous, médecins aliénistes français, et nos magistrats commencent à le savoir aussi bien que nous, qu'un individu peut être foncièrement, essentiellement aliéné, et cependant être parfaitement capable de se rendre compte de ses actes, capable de les accomplir dans une intention déterminée, capable enfin de distinguer nettement le bien du mal. Toutes ces aptitudes se retrouvent à des degrés divers chez un bon nombre de fous et notamment chez ceux qui sont atteints de délire des persécutions.

La distinction du bien et du mal étant possible à beaucoup d'aliénés, ce n'est donc pas elle qui doit servir de point de repère pour déterminer s'il y a ou non aliénation mentale; ce n'est pas elle qui doit servir à déterminer l'irresponsabilité criminelle d'un inculpé. C'est la maladie mentale elle-même, quelle que soit sa forme, quelles que soient les apparences sous lesquelles elle se présente, qui doit être prise pour principe en pareil cas. Nos législateurs ont écrit dans nos lois qu'il n'y a ni crime ni délit lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action. Le terme de démence a pu un instant être interprété d'une manière inexacte. Mais l'accord s'est fait à son sujet; il signifie pour tout le monde aliénation mentale pure et simple, et la loi étant ainsi comprise, on peut bien dire qu'il n'était pas possible d'en établir une plus sage, plus juste et plus vraie.

Toujours est-il qu'en Angleterre et aux États-Unis, c'est le principe de la distinction du bien et du mal qui, de par les décisions des Hautes Cours de justice, est appliqué aux aliénés dans les affaires criminelles.

Combien d'aliénés, grâce à ce principe, ont été condamnés injustement? Combien, à cause de lui, ont subi la peine capitale, alors qu'ils auraient dû finir leur vie dans un asile d'aliénés?

Une des affaires criminelles des États-Unis qui ont eu le plus de retentissement dans ces dernières années, le procès de Guiteau, l'assassin du président Garfield, a été le point de départ d'un mouvement assez prononcé de l'opinion publique à ce sujet.

Guiteau était-il aliéné? Le fait a été contredit par des appréciations et des témoignages venus d'hommes qui méritent confiance. Cependant un des aliénistes les plus distingués des États-Unis, le D^r Godding, a soutenu énergiquement l'affirmative; selon lui, et après un examen approfondi de l'individu et de toute son existence, Guiteau était un halluciné qui croyait avoir des inspirations divines, et qui a commis son meurtre pour obéir à ces inspirations. Le jury, chargé de se prononcer sur cet homme, a répudié l'opinion du D^r Godding et Guiteau a été livré à la vindicte de la loi.

C'est parce que cet homme avait encore des marques de raison, parce qu'il était capable de distinguer le bien du mal, que sa condamnation a été prononcée. Le tribunal qui l'a condamné avait posé au jury la question habituelle en pareil cas : « L'accusé, au moment où il a commis son crime, était-il dans un état de trouble d'esprit tel qu'il ne pût comprendre ni la nature ni la qualité de ses actes, ou s'il les comprenait, qu'il ne pût pas se rendre compte si ses actes étaient bons ou mauvais? » Et le jury ne crut pas devoir faire autrement que de répondre par l'affirmative. Actuellement, il en

serait encore de même pour les affaires criminelles où surgit la question d'insanité dans la plupart des États de l'Union, dans le New-York, la Pensylvanie, le Massachusetts, le Michigan, l'Ohio et d'autres.

Toutefois on peut se rendre compte que, même dans ces États, les magistrats chargés de présider les assises commencent à se défier de l'excellence et de la solidité du principe. Clark Bell nous apprend que dans maintes circonstances, au vu et su de tout le monde, la règle a subi de fortes atteintes et qu'on l'a plus ou moins complètement éludée. Les juges s'arrangent habilement pour lui donner une interprétation élastique, les jurys n'en tiennent pas compte, on tourne la loi et l'on arrive ainsi, dans quelques cas, à éviter ou à atténuer de criantes injustices.

Voici, par exemple, ce qui s'est passé dans l'État de Michigan. Un ministre protestant, nommé Reiner, qui n'était plus en fonctions depuis un certain temps, mais qui, dans le cours de son ministère, s'était toujours concilié l'estime d'autrui et que tout le monde regardait comme un parfait honnête homme, fut un jour arrêté sous l'inculpation de vol. Il avait dérobé chez un fermier voisin tout un attelage, voiture, cheval et harnais. On reconnut du premier coup qu'il était le voleur, car il n'avait pris aucune précaution pour dissimuler ce qu'il avait fait. Au cours de l'instruction de son affaire, on fut frappé de l'étrangeté de sa tenue, de la singularité de ses paroles. Ses propos étaient bizarres et extravagants ; il disait que ses poumons étaient des éponges ; il paraissait ne se tourmenter aucunement de sa situation. On le soumit à l'examen de deux médecins, qui l'observèrent pendant six semaines ; ils eurent soin de se prémunir contre toute tentative de simulation, et finalement ils se déclarèrent convaincus que cet homme était un aliéné. Mais lui, de son côté, n'entendait nulle-

ment être traité comme tel ; il revendiquait la responsabilité de ses actes et s'indignait de l'imputation d'aliénation mentale qu'on faisait peser sur lui. Au cours du procès, l'attorney qui était chargé de soutenir l'accusation, partageant la conviction des médecins, se montra disposé à abandonner les charges. Mais il avait devant lui les textes de la jurisprudence américaine, en matière de responsabilité des actes, textes admis et soutenus par la Cour suprême de l'État. Il ne crut donc pas pouvoir se dispenser de conclure contre l'inculpé, motif pris de ce que celui-ci étant capable de discerner le bien du mal, son état d'aberration mentale ne pouvait pas légalement être regardé comme folie.

Le juge qui présidait les assises ne se crut pas, lui non plus, en droit de faire autrement que le ministère public. Les questions qu'il posa au jury prenaient pour signe de la folie le défaut de distinction du bien et du mal, et le jury, enchaîné par la teneur de ces questions, rapporta un verdict de culpabilité.

Jusqu'ici rien que de très ordinaire. Mais la suite est curieuse. Elle montre bien le peu de confiance que certains juges des États-Unis ont dans la valeur des principes qu'ils sont chargés d'appliquer en matière de folie. Considéré comme sain d'esprit, convaincu et déclaré coupable de vol, Reiner n'avait plus qu'à attendre sa condamnation. Mais le juge, usant de délais dont il pouvait disposer, différa de prononcer la sentence ; il fit traîner l'affaire en longueur, Reiner fut remis entre les mains du schérif, qui fut invité à le traiter avec le plus de bienveillance possible. Au bout de quelque temps, et après l'accomplissement des formalités voulues, il fut admis régulièrement à l'asile d'aliénés de Pontiac, où l'on reconnut que son admission était entièrement justifiée par son état.

Ainsi, légalement, cet homme avait été déclaré sain

d'esprit alors que personne ne doutait qu'il ne fût atteint de maladie mentale, et, en dépit de cette déclaration, on s'arrangeait de manière à lui faire esquiver une condamnation qu'il était censé avoir méritée, et on le mettait à sa place véritable, dans un asile d'aliénés.

Le D^r Buckham, qui rapporte ce fait (1), le trouve humiliant pour la jurisprudence de l'État où de telles choses ont pu se produire, et on ne peut faire autrement que de partager son avis. Peut-on, en effet, imaginer rien de plus déplorable, qu'un cas de ce genre, où la loi est observée en principe, parce qu'on ne peut faire autrement que de s'y conformer, mais où elle est en réalité violée par ceux-là même qui sont chargés de la faire respecter?

Dans d'autres cas, qui sont, paraît-il, assez nombreux, les choses se passent d'autre manière. On affecte de tenir compte de la loi, on se déclare disposé à s'y conformer; mais, pour éviter les conséquences d'une rigoureuse application des textes, on leur donne une interprétation différente de celle qu'ils comportent, on s'arrange de manière à en fausser complètement la signification. Nous en prenons comme exemple le fait suivant, qui s'est passé dans l'État de New-York.

Un individu, nommé William Manley, était accusé d'avoir tué un policeman. Ce Manley donnait depuis longtemps des signes d'aliénation mentale et se montrait dangereux. Sa femme, qui craignait un malheur, fit les démarches voulues et obtint qu'il serait enfermé d'office dans un asile d'aliénés.

L'agent chargé de l'arrêter pour le conduire à l'asile s'y prit avec une maladresse insigne, comme le font

(1) D^r T. Buckham. *The « right and wrong » test of insanity. Its untrustworthiness aptly illustrated in the case of the people of Michigan Vs. Reiner.* *The medico-legal Journal*, décembre 1888.

trop souvent ses pareils dans les cas du même genre, et cela, non seulement en Amérique, mais dans bien d'autres pays. Il se présenta chez Manley, lui dit qu'on l'accusait d'être un homme de désordre, lui jeta presque au visage l'imputation de folie, et lui ordonna de le suivre, en lui mettant la main au collet, comme on fait à un vulgaire délinquant. Tout d'abord Manley parut disposé à se laisser emmener tranquillement. Mais bientôt il prit la fuite. L'agent courut après lui ; au moment où il allait être atteint, il tira un revolver de sa poche et cria : « Ne me touchez pas, ou je vous tue. » Malgré cette menace, l'agent continua d'avancer, et reçut en plein ventre un coup de pistolet dont les suites furent mortelles.

En instruisant son affaire, on le confia à l'examen d'experts médecins qui n'eurent aucune peine à le reconnaître comme essentiellement atteint d'aliénation mentale. Manley, en effet, présentait un délire des persécutions des plus accentués, qualifié de paranoïa par nos confrères américains. Il avait des idées délirantes nombreuses se rapportant à cette forme de délire, et des hallucinations de tout genre. Il croyait qu'on voulait l'empoisonner, qu'on agissait sur lui par le téléphone, par l'électricité. Il se disait doué d'un très grand pouvoir ; il pouvait lire dans la pensée d'autrui ; il savait que bientôt on devait l'élire à la présidence, et il croyait finalement que son incarcération était due à un complot dirigé contre lui pour l'empêcher d'atteindre à ses hautes destinées.

Cet homme était donc manifestement aliéné. Mais pouvait-on dire qu'il était incapable de distinguer le bien du mal et qu'il ne se rendait pas compte de ses actes ? Assurément non, si l'on en juge d'après les particularités suivantes, consignées dans le rapport des experts : Quand on le questionnait sur l'homicide qu'il

avait commis, il soutenait qu'il ne l'avait pas fait exprès, et que c'était purement accidentel; quand on le confrontait avec les témoins, il discutait habilement leurs dépositions; il faisait preuve d'une connaissance assez étendue des lois en matière de criminalité, et montrait une adresse vraiment grande à trouver les moyens de se défendre; on ne put jamais l'amener à donner des détails sur les différentes phases de son existence et, quand on le pressait trop de questions sur ce sujet, il répondait : « Je refuse de parler de mes antécédents. » Ce refus était de sa part un acte de précaution; car il craignait sans doute d'être accusé de bigamie, parce qu'il avait laissé femme et enfants en Angleterre et qu'après avoir émigré, il s'était remarié en Amérique. Pour ce qui est du meurtre dont il était inculpé, il en revenait toujours à se retrancher derrière cette excuse : que c'était un accident indépendant de sa volonté, et qu'il n'avait nullement l'intention de tuer l'agent de police.

Tout cela indiquait donc bien en soi l'aptitude à distinguer le bien du mal, et dans ces conditions, pour s'en tenir aux termes de la jurisprudence courante, Manley aurait dû être purement et simplement traduit devant le jury, qui aurait rendu un verdict de culpabilité.

Mais cependant il s'agissait d'un aliéné; les experts, en hommes judicieux qui ne peuvent se résoudre à voir traiter un aliéné comme un criminel ordinaire, n'hésitèrent ni à transgresser la lettre de la loi, ni même à parler contre la réalité. Ils déclarèrent qu'au moment de son crime, Manley était dans un état d'esprit tel qu'il ne pouvait pas apprécier la nature et la qualité de l'acte dont il avait à répondre et qu'il n'était pas capable non plus de se rendre compte que cet acte était répréhensible.

Les magistrats acceptèrent leurs conclusions, et,

Manley fut en conséquence interné à l'asile d'aliénés de Buffalo.

Faut-il blâmer les médecins experts d'avoir agi de la sorte en cette circonstance? Oui, au point de vue de la vérité et de la sincérité. Cependant ils pouvaient s'excuser en disant qu'ils n'étaient pas les premiers à l'avoir fait, et qu'il y a des cas où il vaut mieux prendre une voie détournée que de marcher droit [pour arriver à une bonne application de la justice; que si une jurisprudence est défectueuse et conduit à des résultats notoirement erronés, ceux qui sont à même de pouvoir en atténuer les défauts sont bien en droit de chercher à le faire. Ils pouvaient ajouter que les médecins ne sont pas chargés d'appliquer la loi, que s'ils sont consultés par la justice, ils n'ont qu'une chose à faire, indiquer le sens dans lequel, à leur avis, il faut résoudre les questions qui leur sont soumises, enfin que c'est aux magistrats qu'il appartient de prendre l'initiative des réformes qui concernent l'application des lois.

Depuis longtemps bien des magistrats, aux États-Unis, comprenaient l'utilité de ces réformes en ce qui concerne la responsabilité criminelle des aliénés; mais aucun d'eux ne songeait ou n'osait rompre en visière avec les anciens errements. Cependant il s'est produit, dans ces dernières années, deux faits qui ont eu un grand retentissement et qui marquent une évolution intéressante. Cette évolution n'en est encore qu'à son début, mais elle n'en a pas moins une grande importance; car, en pareil cas, il s'agit de créer des précédents, dont la généralisation peut devenir bientôt la règle commune.

Dans ces deux faits, qui concernent des affaires criminelles où la question d'irresponsabilité se posait, la solution a été donnée, non plus d'après l'aptitude à distinguer le bien du mal, mais uniquement d'après

l'existence d'un état d'aliénation mentale. Ces faits sont dignes de remarque et l'on peut bien dire, comme l'a fait, pour l'un d'eux, un aliéniste des plus distingués des États-Unis, qu'ils marquent un grand progrès dans le pays où ils se sont produits.

Dans le premier de ces faits, l'initiative de la solution intervenue est due tout entière aux magistrats. Elle a été préparée par un membre éminent de la magistrature américaine, le juge Sommerville, dont le nom mérite d'être cité avec honneur. C'est par lui que nous voyons se manifester l'heureuse influence exercée, comme nous l'avons dit plus haut, par la Société de médecine légale de New-York; car le juge Sommerville en est membre, et c'est dans les discussions de la Société, dans ses travaux, qu'il a puisé sur les aliénés, sur la manière de comprendre leur maladie et de les juger, les connaissances qui l'ont amené à faire rendre un arrêt destiné à faire époque dans la jurisprudence médico-légale sur les aliénés aux États-Unis.

Dans l'affaire où cet arrêt a été rendu, il s'agissait d'un meurtre commis sur un nommé Bennett Parsons, par son fils Joe et par sa femme Nancy Parsons.

En première instance, devant le tribunal de Birmingham, les défenseurs des inculpés avaient demandé à établir que Joe Parsons était, depuis son enfance, atteint d'imbécillité et que sa mère, au moment du meurtre, était aliénée; elle s'imaginait, entre autres choses, que son mari avait un pouvoir surnaturel, qu'il pouvait à son gré la rendre malade, et même, à l'aide de moyens mystérieux dont il disposait, lui enlever la vie. Elle attribuait à ce pouvoir surnaturel les infirmités et les maux dont elle était affligée depuis de longues années. Or, en tenant compte de cet état de trouble d'esprit, on disait que c'était sous l'influence de l'aliénation mentale que le meurtre avait été commis, et l'on demandait que

les inculpés fussent renvoyés des fins de la plainte.

Le ministère public s'opposa à ce que la question de folie fût ainsi introduite dans l'affaire et prit à ce sujet des conclusions auxquelles le tribunal fit droit, malgré les réserves formelles de la défense.

Le tribunal soumit alors au jury des questions, d'après lesquelles celui-ci avait, entre autres choses, à décider que l'aliénation mentale, invoquée comme excuse d'un crime, et qui consiste uniquement en idées délirantes, sans qu'il soit donné d'autres preuves de folie, n'est point une justification suffisante, et que, du moment où les inculpés étaient dans un état d'esprit tel qu'ils pouvaient comprendre que leurs actions étaient contraires aux lois et mauvaises en elles-mêmes, ils étaient responsables.

La défense, de son côté, presenta par écrit des conclusions où elle soutenait que le meurtre devait, dans le cas actuel, être considéré comme le résultat d'un acte de folie, et que, par conséquent, les inculpés devaient être déclarés non coupables.

Le jury donna raison au ministère public et au tribunal, et rapporta un verdict de culpabilité.

Appel de ce jugement fut interjeté et la cause revint devant la Cour suprême de l'Alabama.

C'est le juge Sommerville qui fut chargé de faire le rapport. Après avoir rappelé les conditions dans lesquelles l'affaire venait devant la Cour, il constata tout d'abord que les questions médicales relatives à la folie, souvent difficiles et délicates à résoudre, ont été depuis un certain nombre d'années l'objet d'une controverse active entre les médecins et les jurisconsultes les plus compétents des États-Unis et qu'un bon nombre d'entre eux sont aujourd'hui d'accord pour reconnaître que les arrêts, rendus en cette matière par les tribunaux de l'Union, sont loin d'être satisfaisants, au point de

vue tant de la valeur des théories sur lesquelles ils reposent que des résultats pratiques auxquels ils aboutissent.

Et après avoir tracé, sur les vicissitudes de la jurisprudence anglo-américaine à cet égard, le remarquable tableau que nous avons reproduit plus haut, il disait : « En présence des lumières nouvelles que les découvertes de la médecine mentale ont jetées de nos jours sur cette maladie qu'on nomme la folie, les Cours et tribunaux de notre pays doivent éviter de marcher aveuglément dans les sentiers indécis et mal tracés où notre jurisprudence s'est engagée depuis un siècle. Dans l'affaire qui nous est soumise, le tribunal, en première instance, s'est conformé prudemment aux décisions antérieures de la Cour suprême, décisions sur la justesse desquelles nous sommes appelés aujourd'hui à nous prononcer de nouveau. Ce n'est pas sans hésitation que nous rouvrons le débat, et nous avons longtemps balancé avant d'oser prononcer un changement dans les errements suivis jusqu'à ce jour. Il a fallu, pour nous y amener, un sentiment impérieux du devoir, et la conviction profonde où nous sommes, après de mûres réflexions et une étude approfondie, que nos lois en matière de folie, et particulièrement en ce qui règle la responsabilité criminelle des aliénés, que les signes d'après lesquels nos tribunaux ont coutume de déterminer cette responsabilité, ne sont plus en rapport avec les progrès et les découvertes de la science médicale. » Et il ajoutait : « Nous ne devons pas imiter plus longtemps l'exemple des tribunaux d'Angleterre, qui ont refusé de se laisser guider par la science et qui ont préféré se rallier à cette déclaration étrange du lord chancelier, disant, le 11 mars 1862, devant la Chambre des lords, que l'introduction des opinions et des théories médicales dans les affaires judiciaires relatives aux aliénés prove-

nait de ce principe erroné et vicieux qui fait considérer la folie comme une maladie. »

Nous ne pouvons suivre le juge Sommerville dans les développements où il entre pour arriver à ses conclusions. En prenant pour base les données positives de la science médico-mentale, il en vient à déterminer que la seule manière d'apprécier l'irresponsabilité d'un individu réputé aliéné, c'est de rechercher s'il est réellement dans un état d'aliénation mentale qui ait altéré son libre arbitre. Il fait d'ailleurs ressortir cette considération, trop souvent méconnue de ceux qui ne sont pas familiers avec la connaissance des aliénés, que ceux-ci sont presque tous capables, à divers degrés, de distinguer le bien du mal. Il propose enfin de s'en rapporter à la règle si simple établie par la loi française.

Le jugement qui fut rendu par la Cour suprême de l'Alabama portait en substance les considérants qui suivent :

« Les hommes les plus compétents dans les sciences médicale et légale s'accordent à soutenir que l'aptitude à distinguer le bien du mal, soit d'une manière abstraite, soit dans tel ou tel cas donné, ne peut pas être prise comme signe distinctif légal de la responsabilité dans le crime, et ils établissent les règles suivantes que la Cour adopte désormais comme siennes, à savoir : qu'il n'y a pas de responsabilité légale dans le cas où il n'y a pas aptitude à distinguer si tel ou tel en particulier est bon ou mauvais ; que si cette aptitude existe, il n'y a néanmoins encore aucune responsabilité légale, lorsque l'individu, par le fait de la contrainte qu'une maladie mentale exerce sur lui, a perdu la liberté de choisir entre le bien et le mal, et qu'il est privé de son libre arbitre, de façon à ne pouvoir éviter l'acte qu'il est entraîné à commettre ; enfin qu'il n'y a pas non plus de responsabilité légale lorsque l'acte réputé criminel est

en connexion si intime avec la maladie mentale qu'il y ait entre l'un et l'autre une relation de cause à effet, et que l'acte ait été produit ou provoqué directement par la maladie mentale. »

La jurisprudence ainsi établie par la Cour suprême de l'Alabama, diffère absolument de tout ce qui était admis jusque-là dans les pays de langue anglaise. Et pour qu'il n'y eût aucune méprise possible sur sa manière de voir, la Cour ajoutait cet autre considérant, qui est encore plus important que tout le reste : « Les mêmes règles s'appliquent à la folie constituée uniquement par des idées délirantes », c'est-à-dire ce qu'en France nous désignons sous le nom de folie partielle.

Comme conséquence, le jugement du tribunal de Birmingham était cassé ; Nancy Parsons et son fils étaient déclarés irresponsables du meurtre de Beunett Parsons.

Cela se passait en 1886. Deux ans plus tard, dans une affaire équivalente, un autre tribunal des États-Unis, la Cour suprême de Washington, s'appropriait à son tour les motifs de la Cour d'Alabama.

Un individu, nommé Daley, était accusé de meurtre. Sa victime, frappée d'un coup de couteau au bas-ventre, n'avait pas tardé à expirer.

Au cours de l'instruction de son affaire, la présomption d'aliénation mentale fut soulevée par son défenseur. Deux médecins aliénistes, les D^{rs} Godding et Chapin, furent chargés d'examiner l'inculpé.

Le résultat de leur examen fut tout à fait décisif. Ils reconnurent que depuis longtemps, depuis plus de dix ans peut-être, Daley était atteint de délire des persécutations systématisé. Cet homme s'imaginait qu'il était menacé par un complot formé, non par les Jésuites, comme disent les aliénés en France, mais par « les policiers de l'ordre catholique ». Il retrouvait partout leurs traces ; il craignait d'être empoisonné par eux, et même

il se sentait continuellement sous l'influence du poison. Il changeait à chaque instant de résidence pour échapper à ses persécuteurs. Il était sujet à des accès d'exaltation. Son meurtre fut commis d'une manière inopinée ; et, bien qu'on lui ait découvert quelques griefs contre le malheureux qui devint sa victime, cependant il n'avait point prémédité de le tuer.

Dans leur rapport, les médecins experts, dont l'un d'eux, le Dr Godding a été, aux États-Unis, l'un des champions les plus ardents de la cause de l'irresponsabilité criminelle des aliénés, furent encouragés, par le récent jugement de la Cour suprême d'Alabama, à sortir des habitudes suivies jusque-là par eux et par les autres experts. Ils établirent des conclusions où ils enrent soin d'envisager le cas de Daley non pas au point de vue de la connaissance du bien et du mal, mais au seul point de vue de l'état d'aliénation mentale. Ils disaient que Daley, l'inculpé, était aliéné le jour où il avait commis un homicide ; qu'ils n'avaient pu, eux, les experts, trouver aucune connexité entre l'homicide et les idées d'empoisonnement ou de complot par lesquelles Daley était obsédé ; que même la victime du meurtre n'était point du nombre des individus par qui Daley se croyait persécuté ; que Daley, à cause de son état de folie, avait perdu tout empire sur lui-même ; que c'était un aliéné des plus dangereux ; qu'il était bien capable, malgré cela, de comprendre les motifs pour lesquels il comparait devant la justice, qu'il n'était dans un état ni d'excitation maniaque généralisée ni de démence complète, que sa mémoire était intacte, et qu'enfin il n'était nullement un simulateur.

Au cours des débats, les experts furent interrogés sur les trois points suivants :

1° L'inculpé, au moment de commettre l'acte dont il avait à répondre devant la justice, était-il atteint de

maladie mentale, et son intelligence était-elle frappée en tout ou en partie par la maladie?

2° S'il était atteint de maladie mentale, pouvait-il, au point de vue de l'homicide en question, distinguer le bien du mal? Car s'il ne pouvait faire cette distinction, il était légalement irresponsable.

3° S'il pouvait la faire, n'avait-il point, à cause de la contrainte exercée sur lui par la maladie, perdu le pouvoir de choisir entre le bien et le mal et d'éviter l'homicide en question? N'y avait-il point entre l'homicide et la maladie mentale de telles relations de cause à effet que l'un ait été déterminé uniquement par l'autre? Dans ces divers cas, l'inculpé serait irresponsable.

Le Dr Godding répondit de manière à faire comprendre que, du moment où un individu était en état d'aliénation mentale, il ne devait pas être déclaré responsable de ses actes.

Le juge Montgomery, qui présidait le tribunal, parla au jury de manière à lui faire bien comprendre qu'il adoptait entièrement l'opinion du Dr Godding, et le jury, après une heure et demie de délibération, rapporta un verdict de « non-culpabilité pour cause de folie ». En vertu de quoi, Daley fut remis à l'administration pour être interné dans un asile d'aliénés.

Cette décision du jury fit grand bruit aux États-Unis. On l'accueillit avec grande faveur dans le corps médical et surtout parmi les médecins aliénistes. Le Dr Godding, la rapprochant du jugement rendu dans l'affaire Parsons, écrivit :

« L'intérêt principal, la grande valeur de ces faits, c'est qu'ils marquent un nouveau point de départ dans la manière dont les tribunaux en viendront désormais à déterminer la responsabilité criminelle des aliénés. Ces deux jugements établissent des précédents

qui sont d'une importance très grande au point de vue scientifique (1). »

En dehors du corps médical, il y eut des récriminations ; bien des gens désapprouvèrent les jugements rendus en ces deux circonstances ; cela ne doit point étonner, si l'on considère que l'opinion publique est longue à changer, et qu'elle a beaucoup de peine à s'affranchir de la routine. Mais ce qui était essentiel et ce qui s'est produit, c'est que des hommes d'une autorité incontestable aient donné hautement leur approbation. Clark Bell, le président de la Société de médecine légale de New-York, écrivait à ce propos : « Ces deux jugements indiquent le changement qui, de ce côté de l'Atlantique, commence à se faire dans l'esprit des hommes chargés d'appliquer les lois. J'ai grande confiance que, dans un avenir prochain, tous les tribunaux des États-Unis d'Amérique rendront des jugements du même genre. »

Voilà donc où en est aujourd'hui la jurisprudence des États-Unis d'Amérique en matière de responsabilité des aliénés. D'une manière générale, ce sont encore les vieux principes qui dominent ; mais les esprits éclairés s'accordent à reconnaître qu'ils sont erronés. Quelques-uns cependant se croient obligés de s'y conformer ; d'autres les éludent en les interprétant, quelques-uns n'hésitent pas à s'en affranchir. Ceux-ci ont commencé à déterminer un courant d'idées, d'après lequel il n'y a ni crime ni délit lorsque l'auteur d'un acte criminel ou délictueux était en état de démence au moment de l'action.

Le fait nous a paru intéressant à constater, et c'est pourquoi nous lui avons consacré cette étude. Nous souhaitons à nos confrères, les aliénistes des États-Unis, de voir s'accroître le progrès médico-légal dans la voie

(1) Dr Godding. — *A judicial Advance. The Daley Case.* — *American Journal of insanity*, octobre 1888.

duquel ils sont entrés. Nous leur souhaitons en même temps de ne rien compromettre, ce qu'ils feront s'ils évitent un écueil où l'on tombe malheureusement trop aujourd'hui, et qui consiste à multiplier outre mesure les causes d'irresponsabilité, c'est-à-dire à étendre hors de ses limites véritables le domaine de la folie (1).

(1) Pour se rendre complètement compte de la situation que nous avons cherché à faire connaître, il y aurait à consulter, non seulement les divers articles que nous avons cités, mais d'autres encore, contenus dans les dernières années de : *The American Journal of insanity*, et surtout : *The medico-legal Journal*. — *New York*.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE SOLENNELLE DU 27 AVRIL 1891.

Présidence de M. BOUCHEREAU.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

- 1° Des lettres de MM. Christian et Dagonet, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance ;
- 2° Une lettre de M. Sollier, posant sa candidature au titre de membre titulaire.

La correspondance imprimée comprend :

Le numéro d'avril de la *Revue de l'hypnotisme*.

M. FALRET fait hommage à la Société du volume publié par ses soins : *Études sur les maladies cérébrales et mentales*, par Jules Cotard.

Rapport sur le prix Esquirol.

M. ARNAUD. — Messieurs, j'ai l'honneur, au nom d'une commission composée de MM. Falret, Bouchereau, Mitivié, Ritti et Arnaud, rapporteur, de vous présenter l'analyse de l'unique mémoire envoyé cette année pour le concours du prix Esquirol.

Ce travail a pour titre : *Contribution à l'étude de l'étiologie de la paralysie générale chez l'homme, et plus particulièrement dans ses rapports avec la syphilis et l'alcoolisme*. Il porte comme épigraphe cette phrase de notre regretté Baillarger : « *Esquirol ne portait dans ses études d'autre passion que celle de la vérité, et sa vie tout entière a été consacrée à l'observation.* »

Un court avant-propos nous indique le but et les grandes lignes du travail : « Répondre dans la mesure « de nos forces aux desiderata répétés des congrès de « Paris (1889), de Bonn (1889) et de Rouen (1890) ; « apporter quelques documents à l'étude de l'étiologie « de la paralysie générale et, plus particulièrement, à « l'étude des rapports entre la syphilis, l'alcoolisme et « la paralysie générale. »

Pour cela, l'auteur a étudié 166 paralytiques et rapporté 64 observations annexées à son mémoire. Cette quantité fort respectable de documents a fourni la matière de treize chapitres que nous allons rapidement parcourir.

Le premier chapitre esquisse un historique, vraiment insuffisant, de la paralysie générale; il n'a d'intérêt que par une profession de foi doctrinale de l'auteur, conforme à ce qu'il appelle *les théories contemporaines de la paralysie générale*, c'est à savoir qu'il y a des *paralysies générales* et non une *paralysie générale*, et que, suivant le mot de M. J. Falret, *l'histoire de cette maladie est à refaire*.

Dans le chapitre II est étudiée la fréquence relative de la paralysie générale. Sur les 603 malades du service où il a pris ses observations, l'auteur a trouvé 166 paralytiques généraux, soit une proportion de 27,5 p. 100. Cette proportion est supérieure à la moyenne générale, même pour le département de la Seine, déplorablement riche en paralytiques généraux, et il est regrettable que l'auteur n'ait pas comblé une lacune qu'il signale lui-même, en rapportant la statistique de tous les asiles de la Seine. Il n'en reste pas moins que ces chiffres viennent à l'appui de l'opinion, de plus en plus répandue, qui admet dans les grands centres une augmentation progressive des cas de paralysie générale.

L'âge moyen de ces 166 malades a été de *quarante ans trois mois*. L'auteur remarque très justement que ce chiffre est trop élevé, car il correspond au moment de l'observation et non point au début de la maladie. Le nombre de malades d'âge avancé mérite d'être retenu; nous en trouvons huit de cinquante-cinq à soixante-cinq ans. Ces cas se multiplient dans la littérature médicale depuis quelques années, de sorte qu'il n'est plus exact de les considérer, avec un grand nombre

d'observateurs, comme de *véritables exceptions*. Maintenant, l'apparition de la paralysie générale à cet âge est-elle devenue réellement plus fréquente, ou bien simplement la décèle-t-on mieux ? C'est une question.

Les observations qui composent le mémoire ont été recueillies parmi des malades appartenant aux classes ouvrières et illettrées. Il eut donc été excessif d'en tirer cette conclusion générale, que les paralytiques sont plus nombreux dans ces classes que dans les milieux où se recrutent les professions libérales. Tout au moins peut-on dire que, parmi les illettrés, la paralysie générale est *très fréquente*, et, par suite, que la cause principale n'en doit pas être recherchée, comme le veulent encore beaucoup d'observateurs, dans le surmenage intellectuel. Non, il n'est point vrai, soutient l'auteur, que la paralysie générale affecte une prédilection pour les *sommes de l'intelligence*.

Ce n'est pas moi, messieurs, qui combattrai cette manière de voir; je l'ai soutenue et longuement développée dans un travail auquel vous avez bien voulu, il y a trois ans, décerner précisément ce prix Esquirol. Mon opinion n'a pas changé depuis cette époque, et j'ai été d'autant plus flatté de la voir confirmer ici que cette rencontre est toute fortuite; l'auteur du mémoire n'a certainement pas connu mon travail, puisqu'il écrit : « Nous insistons d'autant plus sur ces faits de paralysie générale dans les classes ouvrières ou inintelligentes, que nous avons constaté le manque d'observations à ce sujet. »

Le chapitre qui traite de l'hérédité est plus développé que les précédents, mais il est encore un peu trop superficiel. L'hérédité y est considérée sous la forme *congestive, vésanique et alcoolique*. Sur 91 malades, dont les antécédents héréditaires sont connus, on a trouvé 51 cas d'hérédité congestive et 38 cas d'hérédité vésanique, directe ou collatérale. L'écart entre ces deux chiffres nous a paru insuffisant pour justifier cette affirmation de l'auteur, que « *les antécédents vésaniques sont très faibles comparativement aux antécédents congestifs* ». Il y a prépondérance des antécédents congestifs, cela est certain; mais les antécédents vésaniques ne sont pas *en proportion très faible*, tant s'en faut. A ce

propos, nous avons regretté que l'auteur se soit borné à citer les chiffres de sa statistique et qu'il n'ait pas exposé, au moins succinctement, les nombreuses controverses auxquelles a donné lieu cette question de l'hérédité dans la paralysie générale.

Après quelques brèves indications sur l'hérédité alcoolique, le chapitre se termine par des considérations intéressantes sur la mortalité considérable et sur la dégénérescence assez habituelle des enfants de paralytiques généraux.

Nous arrivons maintenant au point le plus important, le plus spécial de ce mémoire; c'en est aussi le plus étudié et le mieux présenté. Il s'agit des rapports de la syphilis et de la paralysie générale, question complexe et dont la solution semble encore bien incertaine, au moins en France.

Et d'abord, cliniquement, « *peut-on reconnaître l'origine syphilitique d'un cas donné de paralysie générale?* » Non, répond l'auteur, avec Lasègue, Foville, Savage, Régis, Kiernan, etc., et contrairement à l'opinion de M. Fournier. — Le traitement spécifique lui-même ne saurait être considéré comme une pierre de touche; même, dans les cas les mieux avérés de syphilis antérieure, il serait nuisible aux paralytiques.

Il s'agit ensuite de rechercher la fréquence de la syphilis chez nos malades, et, pour cela, il faut commencer par dépister cette syphilis. Ce n'est pas toujours facile, on le sait. L'auteur a mis en œuvre les moyens d'information les plus variés: interrogatoire des malades et de leur famille; — examen objectif et recherche des stigmates de la syphilis; — renseignements fournis directement par les médecins qui avaient déjà soigné les malades, ou indirectement par leurs ordonnances; — enfin, état des enfants, s'il en existe, et enquête relative à la femme: fausses couches, accouchements prématurés, contagion, etc.

Par cette méthode judicieuse, sur 81 paralytiques généraux, l'auteur a trouvé :

54 syphilis certaines,
11 syphilis probables,
6 syphilis douteuses;

soit 66,6 p. 100 syphilis certaines, et 80 p. 100 en ajoutant les syphilis probables. — Ce résultat mérite d'être pris en considération; il est conforme, d'ailleurs, aux chiffres cités par Abeke (de Berlin), par Tigger, par Mendel, par Dietz (de Leipsick), et par la grande majorité des observateurs étrangers. En France, M. Régis avait déjà publié une statistique semblable, tandis que MM. Magnan, Christian, Dubnisson (de Quatre-Mares), Régnier, A. Voisin, et la plupart des auteurs, pensent que le nombre des paralytiques généraux syphilitiques est beaucoup plus faible.

Ses observations personnelles amènent l'auteur à conclure que *plus on cherche la syphilis chez les paralytiques, plus on la trouve.*

D'autre part, les recherches comparatives sur les aliénés non paralytiques nous montrent une proportion de syphilitiques bien inférieure. Obersteiner, par exemple, a trouvé cette proportion de 4 p. 100; — Mendel, de 18 p. 100; — Savage, de 5 p. 100. Ici, nous avons 13,5 p. 100 de syphilis certaines et probables au lieu des 80 p. 100 relevées chez les paralytiques généraux.

Voilà un argument de plus en faveur de l'influence étiologique de la syphilis sur la paralysie générale. « Aussi, nous dit l'auteur, nous n'hésitons pas à faire de la syphilis, non pas le seul facteur étiologique de la paralysie générale, mais le plus important. — Nous croyons que l'alcoolisme et la syphilis s'associent souvent pour déterminer l'aboutissant final, la paralysie générale. » — Ceci est déjà une restriction, et nous allons voir qu'à la fin de son travail, les hésitations de l'auteur vont s'accroissant, et qu'il semble surtout préoccupé d'atténuer les conclusions qui pouvaient découler de l'accumulation de ses propres documents.

C'est ainsi qu'après avoir trouvé 80 syphilitiques sur 100 paralytiques généraux, il a soin de nous dire que, *cinq fois seulement*, la syphilis avait paru être l'unique élément étiologique. C'est ainsi encore, qu'à propos du mode d'action de la syphilis, s'exerçant, suivant l'auteur, « par une endartérite spécifique du réseau capillaire de l'écorce, qui, dans son extension périphérique, serait suivie d'une prolifération de la névroglie », — il ajoute : « Nous ne pouvons conclure que la syphilis

« seule puisse créer de toutes pièces la paralysie générale ». Elle agirait surtout par sa combinaison avec l'alcoolisme; et le chapitre suivant est consacré à la démonstration de cette manière de voir.

Sur 108 cas de paralysie générale, 3 fois l'alcoolisme a été considéré comme la seule cause de la maladie; — 48 fois il a été combiné à d'autres facteurs étiologiques. « Nous sommes conduit, dit l'auteur, à tirer de cette « statistique les mêmes conclusions que pour la syphilis. « L'association des trois facteurs : hérédité, syphilis, « alcool, produit le plus de paralytiques généraux. — « De même que la syphilis, l'alcoolisme a besoin d'un « autre facteur pour déterminer la paralysie générale. » — Pareillement, l'alcool agirait par des altérations vasculaires.

Nous faisons des réserves sur cette interprétation pathogénique, les travaux de ces dernières années, à l'étranger comme en France, tendant à rapporter aux éléments nobles, cellules et tubes nerveux, et non point aux vaisseaux, les lésions du début de la paralysie générale.

Ce qui suit n'est plus guère qu'une simple énumération : le *surmenage intellectuel*, le *traumatisme*, les *excès vénériens*, le *travail à la chaleur* et l'*insolation* ont été plus ou moins considérés comme des causes de paralysie générale. L'auteur ne leur attribue qu'une importance très secondaire, purement accessoire.

Les *maladies antérieures* auraient pu prêter à d'intéressants développements. Dans un cas où la *migraine ophthalmique* a été relevée, nous eussions aimé à trouver le nom de Charcot et l'indication de ses idées sur les rapports des deux affections. — De même, à propos de deux observations d'*ataxie*, nous avons regretté que l'auteur n'ait pas exposé en quelques mots l'état de la question d'après Westphal, Baillarger, Foville, etc.

J'ai déjà dit qu'à ce mémoire étaient annexées soixante-quatre observations particulières, toutes personnelles. C'est un chiffre considérable et qui représente une somme de travail fort sérieuse. Nous n'aurions que des éloges à donner à l'auteur, si ces observations étaient plus complètes et moins hâtivement rédigées.

Malgré les critiques et les réserves que nous avons dû

formuler, il reste que ce mémoire est fort estimable, qu'à défaut de conclusion ferme, il apporte des documents précieux pour la solution d'un problème à l'ordre du jour, et qu'il indique chez son auteur des connaissances étendues en pathologie mentale, il est, enfin, pleinement dans l'esprit de la fondation d'Esquirol.

Aussi, Messieurs, votre Commission est-elle unanime pour adresser des félicitations à l'auteur, et pour vous demander de décerner à son travail le prix Esquirol.

Le prix Esquirol est décerné à M. Bounet, interne à l'asile de Villejuif.

Rapport sur le prix Belhomme.

M. PICHON. — Messieurs, vous avez nommé dans votre réunion de janvier une commission composée de MM. Semelaigne, J. Voisin, Ballet, Vallon et Pichon, rapporteur, à l'effet de décerner le prix Belhomme.

La question posée il y a deux ans, — conformément aux intentions du testateur et à sa vie, du reste tout entière consacrée à la science et à l'humanité — réalisait de tous points les desiderata du savant aliéniste, doublé du patient éducateur, qui consacra sa vie aux imbéciles et aux idiots. « De la vision chez les imbéciles et les idiots », tel était en effet le sujet qui fut choisi et qui répondait si bien aux vœux du donateur.

Mais si cette question présentait un grand intérêt scientifique et soulevait des problèmes d'une haute portée au point de vue psychologique et surtout pratique, il est aussi incontestable qu'elle offrait à étudier un champ des plus vastes, qui avait fait reculer déjà plus d'une bonne volonté. D'autant que ces études, en dehors de leurs rapports intimes et connexes avec la psychologie morbide et, d'autre part, avec une branche spéciale de la médecine, l'oculistique, exigeaient avant toutes choses la connaissance approfondie d'une méthode pratique, l'ophtalmoscopie. C'est dire qu'avant d'entreprendre toutes recherches dans l'ordre d'idées soumises aux candidats, il fallait être depuis longtemps déjà familiarisé avec le maniement de l'ophtalmoscope ; et, dans l'espèce, cet instrument demandait même une longue habitude préalable, puisqu'il s'agissait ici

de recherches cérébroscopiques, recherches qui, pour votre Commission, devaient être un des côtés les plus importants du programme, et qu'elles présentent, de l'aveu des aliénistes et neurologistes les plus exercés, de véritables difficultés.

Aussi, cette année, deux mémoires seulement ont concouru et ont osé affronter le concours du prix Belhomme. Et votre Commission n'a eu à examiner que deux mémoires inscrits, le n° 1, sous l'épigraphe : « Chez les idiots, les fonctions volontaires de la vue sont toujours nulles ou défectueuses... ils voient, mais ils ne regardent pas ou regardent mal ou accidentellement... c'est le coup d'œil instinctif de la bête. » Et le n° 2, sous l'épigraphe : « C'est l'entendement qui voit et qui oit. »

Le mémoire inscrit sous le n° 1 a pris la division, toute naturelle, qui s'imposait et a étudié successivement la question sous les deux faces qu'elle présentait et bien nettement distinctes. Ces divisions comprennent la pathologie de l'œil ou plutôt l'histoire physique de l'œil et, d'autre part, les phénomènes mentaux, et ressortissant par opposition à la psychologie pure et à la psychiatrie.

Ce champ d'études, même pour la première partie, était, il est vrai, nous l'avons dit, inexploré, et bien vaste. Aussi, dès le début, l'auteur se perd-il dans des tâtonnements et dans des digressions inutiles. C'est ainsi qu'il se livre à une longue discussion purement philosophique sur l'origine des idées, écrite dans un style qui ne laisse rien à désirer — votre Commission l'a reconnu — mais un peu étrangère au débat.

Votre commission aurait, au contraire, désiré voir plus de développements à la partie pathologique proprement dite, surtout aux recherches qui présentent actuellement, tant au point de vue psychiatrique que neurologique, un intérêt de premier ordre. Et, parmi ces recherches, elle a surtout regretté que l'étude du champ visuel chez les idiots n'ait pas reçu plus de développement, et cependant il y avait là, dans les modifications campimétriques diverses, des caractères à étudier, à comparer, à rapprocher les uns des autres et de l'état normal : études longues et difficiles et demandant une

patience de tous les instants en face d'individus turbulents, remuants, essentiellement inattentifs par état. Mais enfin ces recherches périmétriques, qui sont possibles dans certaines conditions, même avec de véritables aliénés, devraient aboutir ici à plus forte raison, où elles se présentaient par ailleurs comme un des côtés les plus intéressants de la question.

L'auteur aurait pu le faire d'autant plus facilement qu'il montre dans la description des affections chirurgicales du globe de l'œil, si nombreuses, si complexes, dans cette classe de déshérités, un véritable talent d'observateur. Et l'on consultera avec intérêt dans cet ordre d'idées ce qui a trait aux maladies de l'œil et les observations qu'il donne sur les iritis, cataractes, etc., etc., à propos desquels il donne quelques chiffres statistiques intéressants. On sent en un mot que l'auteur de ce mémoire est rompu aux difficultés de diagnostic d'oculistique à proprement parler.

Mais si l'oculiste est à la hauteur de sa tâche, très difficile d'ailleurs, contenue dans les données du programme imposé aux candidats, il a paru à votre commission que la partie cérébroscopique et neuro-psychologique de la question, de beaucoup la plus importante, était loin de présenter la même perfection.

Aussi est-ce avec un véritable plaisir que la majorité de ses membres a constaté, au contraire, que le mémoire n° 2, à ce point de vue spécial, présentait des qualités d'observateur incontestables. Ce travail lui a semblé en effet répondre exactement aux desiderata, cependant bien exigeants, de cette question si complexe.

Un premier point nous a d'abord vivement frappés par comparaison, c'est le nombre considérable de figures, de dessins, de photographies, de diagrammes, de tracés, de tableaux statistiques, sans lesquels on comprenait difficilement du reste un pareil sujet. Mais si, dans le mémoire précédent, il n'y en a pas trace, par opposition l'auteur du second nous donne une véritable collection de figures à l'appui de ses conclusions.

Aussi cette manière de procéder, à propos du *champ visuel* chez les idiots, lui permet d'arriver à des conclusions originales et intéressantes. Il y a surtout, dans cet ordre d'idées, au sujet de la *céphalométrie orbitaire*,

que l'autre travail laisse complètement dans l'ombre, des recherches patientes, basées sur de nombreuses autopsies personnelles d'imbéciles. Votre rapporteur a pensé qu'il y avait là un mérite considérable, sur lequel il devait attirer votre attention, étant donné l'intérêt primordial, qui s'attache toujours à ces mensurations crâniennes chez les dégénérés inférieurs, depuis surtout les travaux de ces dernières années.

Si nous passons maintenant aux mérites relatifs des deux mémoires à propos des *recherches cérébroscopiques*, également si importantes depuis les publications de Magnan sur les stigmates de dégénérescence et si difficiles en même temps dans leur interprétation, eh bien, la même conviction s'en dégage : on trouve, dans le n° 2, une série d'examen ophthalmoscopiques et de lésions rétinienues avec de nombreux dessins à l'appui, qui dénotent une patience et une ténacité et avec cela une grande habitude de l'ophtalmoscope, ce qui est actuellement très important, aussi bien pour l'aliéniste que pour le neurologiste.

Or, si le mémoire n° 1 dénote une certaine habileté, il y a là peut-être encore certains caractères qui montrent trop de précipitation dans des recherches si précises, où le normal côtoie de si près l'anormal.

Et puis, où le mérite relatif ressort plus clairement encore, c'est dans ce fait qui a, du reste, appelé l'attention de votre commission, c'est qu'on chercherait en vain quelques conclusions dans le premier travail, alors qu'un labeur sans cesse en éveil a permis à l'auteur du second de donner, à la suite de longues statistiques, des considérations originales : c'est ainsi qu'on lira avec intérêt les résultats que lui ont donnés l'examen des couleurs chez les idiots et les imbéciles. Non pas que la théorie adoptée doive être demain définitivement admise. Nous ne le croyons même pas. Mais elle dénote au moins chez son auteur un excellent esprit, et surtout une très bonne méthode.

Nous voudrions parler aussi des développements que les deux mémoires ont donné au côté purement spécial. La place nous manque. Nous nous contenterons de dire que ce côté de la question a été également bien traité.

Mais ici aussi, nous devons à la vérité de dire que pour

considérations si importantes au point de vue des rapports des lésions oculaires et de l'hérédité, le même jugement s'impose. Dans l'un, les observations sont plus nombreuses et plus complètes : on y lira surtout avec intérêt une observation très détaillée, très documentée et très instructive, avec photographies à l'appui, d'une famille de sept membres, tous atteints de *cataracte*.

En résumant les qualités relatives des deux mémoires, votre commission, après cet examen, n'était plus embarrassée.

Le mémoire inscrit sous le n° 1, bien écrit en général, et bien traité au point de vue de la pathologie du globe de l'œil, lui a paru avoir traité trop brièvement les autres parties du sujet.

Le volumineux mémoire inscrit sous le n° 2 lui a paru, au contraire, très documenté, très travaillé. Il y a là, certainement, sous le bénéfice de quelques modifications ultérieures, un mémoire qui dénote des qualités précieuses de travailleur et de chercheur.

Aussi elle a pensé que le mémoire n° 2 méritait la totalité du prix.

Et, à l'unanimité, elle a décerné une mention honorable à l'auteur du mémoire n° 1.

D'après les conclusions de ce rapport, le prix Belhomme est décerné à MM. Marie et Bonnet, internes des asiles de la Seine, auteurs du mémoire n° 2. Une mention honorable est accordée à M. Armand Guibert, interne des hôpitaux, auteur du mémoire n° 1.

Rapport sur le prix Aubanel.

M. COLLINEAU. — Il ne s'est rencontré, cette année, Messieurs, qu'un seul candidat pour briguer le *Prix Aubanel*.

Vous avez institué une Commission composée de MM. Christian, Collineau, Falret, Garnier et Saury pour l'examen du mémoire parvenu à la Société médico-psychologique. J'ai, à titre de rapporteur, à vous soumettre l'appréciation motivée, portée par votre commission sur ce travail.

Le sujet proposé était, il nous en souvient : *De la folie des vieillards*.

Sous ce titre, l'étude en question comprend, après des considérations générales sur la vieillesse et un court historique, une première partie consacrée à la description des troubles mentaux liés, soit à une lésion circonscrite (lésion en foyer) de l'encéphale, soit à une lésion diffuse, soit à la démence sénile ; puis une seconde partie remplie par l'analyse des modalités de fréquence variable, que, chez le vieillard, la folie serait susceptible de revêtir. Quelques recherches, enfin, sur les troubles de la nutrition de l'aliéné seule couronnent l'œuvre. Telles sont les grandes divisions.

Disons-le de suite : Ce compeudieux mémoire a paru à votre commission consciencieusement écrit. Les considérations générales qu'il renferme s'appuient sur de très nombreuses observations. Intercalées dans le texte, ou groupées dans une annexe, on n'en compte pas moins de 122. De ces observations, bon nombre sont personnelles à l'auteur ; les autres sont empruntées aux maîtres. Quant au texte, il est d'une lecture facile et non dépourvue d'attrait.

Un rapide coup d'œil, maintenant, sur chacune des parties dont ce mémoire se compose.

Les considérations du début sur la vieillesse n'ont semblé à aucun d'entre nous bien nouvelles. Elles sont empreintes, même, d'un esprit d'éclectisme qui frise parfois, il faut bien l'avouer, la contradiction et laisse le lecteur en suspens. Ce qu'elles ont de vraiment topique, c'est de mettre en relief cette vérité : à savoir que ce n'est pas l'âge propre de l'homme qui le constitue en état de sénilité ; mais plutôt certains caractères intellectuels déterminés. Et les nombreuses circonstances qu'a rencontrées l'auteur de consigner, par voie d'autopsie, des lésions circulatoires chez les vieillards, évoquent en son souvenir l'aphoristique allégation de Cazalis : « On a l'âge de ses vaisseaux. »

Sur l'historique, nous glisserons sans appuyer. L'auteur prévient qu'il sera bref. Il ne tient parole que trop. Entrons dans le cœur du sujet.

La première partie du mémoire embrasse, disons-nous, l'étude des troubles mentaux liés à une lésion circonscrite ou diffuse de l'encéphale.

La lésion est-elle circonscrite ? Alors, à l'étude



plus ou moins vaste du foyer se joint l'affaiblissement plus ou moins prononcé des facultés qu'entraîne l'âge, pour imprimer son cachet aux conceptions délirantes. Double conséquence de l'affaïssement nerveux, la passivité et la tristesse y contrastent avec une agitation puérile et des emportements sans portée. Des hallucinations, de caractère pénible, en sont l'habituelle complication.

Quant à l'explosion des troubles intellectuels, ou bien elle précède la lésion, ou bien elle est simultanée, ou bien elle est ultérieure. Dans la première éventualité — en réalité, celle-ci est rare — le délire n'est autre, la plupart du temps, qu'un prélude de ramollissement ou de pachyméningite ; et si, en soi, il fournit une impérieuse indication d'internement, d'autre part, la proximité d'accidents de nature à modifier du tout au tout la scène et à précipiter le dénouement fatal, doit, aux yeux de l'auteur, être, en ce qui concerne l'internement, un motif de patiente temporisation et de scrupuleuses réserves. L'apoplexie menace, fait-il remarquer, elle pourra être mortelle. Temporiser sera épargner aux familles le regret de compter officiellement dans leur sein un aliéné. Dans la seconde éventualité, lorsque les troubles et la lésion marchent de pair, c'est, d'habitude, en présence d'un ramollissement et parfois d'une pachyméningite que l'on se trouve ; et c'est plutôt une obnubilation graduelle des idées que l'on observe que des paroxysmes bruyants. Dans la troisième, dans le cas où l'éclosion des troubles intellectuels est postérieure à la lésion, la lésion tient, cela va de soi, les troubles sous sa dépendance ; mais ceux-ci ne présentent rien de bien caractéristique. Quant à l'aphasie, dont tant de vieillards sont atteints, elle ne semble pas prendre une part plus active que chez l'adulte à la direction des perturbations mentales. Son effet principal consiste à en précipiter la marche.

Liées à une lésion diffuse de l'encéphale, la paralysie générale et la paralysie agitante varient essentiellement, chez le vieillard, pour la fréquence. Autant il est peu rare d'observer celle-ci après soixante ans, autant il l'est de rencontrer celle-là. Simplement concomitante, ou bien réellement consécutive à l'athérome artériel, la paralysie générale se spécifie dans la vieillesse, par la puérilité

des conceptions ambitieuses. Dans la paralysie agitante, c'est avec la tristesse, les hallucinations et les propensions au suicide, une semi-stupéur qui l'emporte. Et les désordres de l'entendement présentent des exacerbations ou des rémittences, qui coïncident aux fluctuations analogues des troubles de la motilité. La part de l'hérédité, dans la pathogénie de l'affection, est ici d'une importance capitale.

Sur le développement de la démence sénile, cette influence de l'hérédité n'est pas moins intense. Il s'y joint, à la vérité, dans une large proportion, celle de l'arthritisme. Mais, sous l'oppression des revers, de la misère, des chagrins, on ne voit que trop communément, à partir de la soixantième année, se dérouler la série vésanique, homochrome et similaire à celle dont les ascendants avaient eux-mêmes offert le spectacle.

Nous ne suivrons pas l'auteur dans le tableau, très net, d'ailleurs, qu'il trace de la démence sénile délirante et des divers aspects que, selon les sujets, revêt le délire. Dans le principe, modifications soudaines du caractère, périodes d'excitation maniaque, suractivité intellectuelle et physique, projets gigantesques, recherche inaccoutumée d'excitants factices ; puis, avec les progrès de la désorganisation cérébrale, suprématie définitive de l'insuffisance mentale, amnésie, tristesse, sentiments de défiance, automatisme, gloutonnerie, érotisme, et enfin, à mesure que les ravages organiques gagnent du terrain, déchéance intellectuelle plus profonde, prédominance d'une existence purement végétative, état cachectique, gâtisme, marasme ; aucun de ces traits des périodes initiale, moyenne et terminale du mal, n'est omis.

Avec l'artério-sclérose et l'athéromé artériel, son degré ultime, qui se peuvent constater pendant la vie, le retrait de la masse encéphalique, l'atrophie plus prononcée de l'un ou de l'autre hémisphère, la décoloration de la substance grise que ponctuent de petits anévrysmes miliaires, l'épaississement de l'arachnoïde que recouvrent, çà et là, des traînées blanchâtres, l'accumulation de la sérosité entre les feuillets des méninges et dans la cavité des ventricules, la dégénérescence granulo-graisseuse des cellules et la dégradation des tubes nerveux, telles

sont les principales altérations que donne à enregistrer l'examen nécroscopique. Les lobes frontaux et leur voisinage sont le lieu de prédilection de la lésion.

Un point particulier et digne de remarque, signalé par l'auteur, est celui qui vise la fréquence des démêlés entre les déments et la Justice. La situation se prête à trois variétés ; celles-ci : ou bien, victime réelle de sa faiblesse et de manœuvres frauduleuses, le sujet se laisse aller à des dons manuels désordonnés et acquiesce à de déshonnêtes captations ; ou bien, dans son inconscience, il se livre à des actes de violence, perpètre un vol, ébauche un attentat aux mœurs ou à la pudeur et est, de ce chef, traîné sur le banc des accusés ; ou bien, cas plus rare, c'est lui qui se fait accusateur. On veut l'empoisonner, extorquer sa fortune, le voler. Et trop de fois il arrive qu'accueillies avec empressement par les intéressés, ces accusations, en soi sans conséquence, sont dans des vues égoïstes et avec une insistance calculée déferées, à tout hasard, au Parquet.

Toutes ces considérations que nous venons brièvement de passer en revue remplissent, avec de très nombreuses observations à l'appui, la première partie du travail. Le rapport existant entre certaines lésions déterminées de l'encéphale et certains désordres non moins déterminés de l'entendement, y est indiqué. Mais aucun de ces groupements vésaniques ne tend à constituer une forme mentale véritable, un délire systématisé et à évolution fixe, un type de folie, en un mot, qui serait propre au vieillard.

La deuxième partie intitulée : *De la folie chez les vieillards*, a pour objet cette recherche.

Et d'abord, il est une question que l'auteur se pose. — La folie se rencontre-t-elle chez les vieillards ? — Plus rarement que chez les adultes, répond-il, mais cependant avec une évidence incontestable ; et il évoque à l'appui la statistique. Puis il se hâte d'ajouter qu'à l'âge sénile les troubles de l'intelligence ont pour cortège habituel les préoccupations de vol, les craintes, les idées de persécution, etc., toutes manifestations étrangères à la folie proprement dite. Là-dessus, il conclut d'abord (p. 162) qu'il n'existe pas de forme de folie particulière à la vieillesse ; ensuite que si, à partir de l'âge du retour

la manie se fait de plus en plus rare, et qu'alors, la plupart du temps, l'origine des accidents remontant à une date reculée, dix, douze, vingt ans même, c'est, en réalité, à une rechute que l'on a affaire : enfin, que les formes habituelles de folie qu'il est donné d'observer à l'âge sénile sont la mélancolie anxieuse et le délire de persécution avec ou sans idées de grandeur.

Surgit maintenant un problème d'une importance fondamentale.

Ces formes habituelles de folie : la mélancolie anxieuse et le délire de persécution, offrent-elles une genèse, et une évolution particulières, en rapport avec l'âge avancé du malade ; ont-elles des caractères qui les distinguent d'une manière tranchée des mêmes formes délirantes, lorsque c'est chez l'adulte qu'elles éclatent ? Tel est, au sens de l'auteur, le fond même du débat.

Eh bien, en termes généraux, sur la genèse des formes de folie auxquelles l'âge sénile paie un plus large tribut, l'influence de l'hérédité est considérable. Il est indispensable d'en tenir le compte le plus sérieux, car c'est en pareille circonstance qu'apparaissent de la façon la plus notoire dans les familles, les manifestations similaires et homochrones du délire. Alors l'âge de vieillesse joint son action à celle de l'hérédité et, en constituant un *locus minoris resistentiæ*, joue le rôle d'une cause occasionnelle sous le poids de laquelle défaille le prédisposé.

Dans la mélancolie anxieuse sénile, en particulier, le fait est patent. Là, dans l'irruption des troubles intellectuels homochrones et similaires, la sénilité a été, en une foule de cas, *l'occasion*. Contre le choc d'une cause d'émotion banale, d'un incident futile, le malade, en effet, s'est montré dans l'incapacité de réagir. Et s'il est resté impuissant dans la réaction, c'est en raison d'un affaiblissement mental qui tient à l'âge.

Chez le vieillard, l'évolution de la folie est rapide. C'est en se précipitant que les accidents se succèdent, et ils se succèdent en s'aggravant par suite des contre-coups réciproques qu'ils se portent. Conséquemment, une issue funeste est la règle et une issue heureuse l'exception. Indépendamment de tout autre facteur, l'œuvre de désagrégation organique, qui, dans le grand âge, est en

pleine activité, en même temps que de jour en jour, la force de réaction s'affaïsse, suffirait à expliquer la fatalité du dénonement.

Dans la forme mélancolique, l'anxiété, la tristesse, de sempiternels gémissements, des craintes imaginaires de ruine, des suspicions gratuites de vol, des hallucinations, des préoccupations hypochondriaques, un délire religieux généralement vague, des intentions plus ou moins formelles de suicide, des tentatives d'homicide plus ou moins énergiques et mûries, telles sont les aberrations de l'entendement que, d'ordinaire, on observe.

Deux circonstances priment. C'est, d'une part, la constatation de l'intégrité des facultés intellectuelles dans leur ensemble, de la mémoire notamment; et, de l'autre, celle de l'affaiblissement de la volonté.

En dépit d'un désir, même ardent, à satisfaire, l'affaiblissement de la volonté est tel parfois que le sujet se voit condamner à l'inertie. Il ne peut vouloir. « Il est, pour emprunter à l'un d'eux ses expressions mêmes, (obs. 69), son propre prisonnier. » Un semblable état mental ne saurait guère manquer d'avoir les altérations de la personnalité pour dernier terme : les altérations de la personnalité, qui, elles, engendrent les idées de négation liées, en général, à leur tour, aux préoccupations hypochondriaques. Au point de vue du pronostic, cet obscurcissement du sentiment de la personnalité est d'une gravité exceptionnelle. Il est l'indice d'une déchéance progressive de l'être tout entier. Lorsqu'il se manifeste au cours de la mélancolie anxieuse sénile, c'est un verdict d'incurabilité sans appel.

Des divers symptômes de la mélancolie, l'anxiété est, sans contredit, le plus apparent. Notons, au passage, un trait qui lui est propre, lorsque c'est dans la vieillesse que se développe l'affection. De même que celle de l'adulte, l'anxiété mélancolique du vieillard peut fort bien être et est souvent exclusivement cérébrale, et alors, c'est nuitamment qu'elle atteint ses paroxysmes. Mais les organes circulatoires du vieillard ne sont que trop communément le siège de lésions qui frappent d'une irrémédiable irrégularité le fonctionnement du système. Il s'en suit que, chez le vieillard atteint de mélancolie, l'anxiété résultant de la compromission des fonctions

vasculaires — l'anxiété précordiale — se joint, précède, ou suit, de toute façon aggrave celle qui est sous la dépendance exclusive des fonctions du cerveau.

En somme, les désordres qui, chez le vieillard, accompagnent la mélancolie anxieuse, ne sauraient fournir la base d'une forme mentale particulière à un âge déterminé. Son évolution est plus précipitée, parce que le terrain sur lequel elle évolue est plus propice. Le délire affecte une modalité à l'unisson des conceptions dont les cerveaux séniles sont communément hantés. En une foule de cas, les idées de crainte et de persécution sont sous la dépendance de troubles physiologiques qui ont les viscères pour siège et demeurent fugaces, frustes et sans lien.

Avec le délire de persécution, le scène change. Ici, l'idée de persécution constitue le fond du délire. C'est le phénomène culminant. Et c'est bien réellement du délire de persécution que sont atteints les vieillards chez qui la folie revêt cette forme, typique entre toutes, par sa précision.

A l'âge sénile, le délire de persécution se distingue par la brusquerie du début, l'absence de causes appréciables, la neutralité d'action de l'hérédité, la rapidité de l'évolution, l'activité de réaction des sujets de pensée auxquels d'ordinaire se complaît la vieillesse sur la formulation du délire. Les idées de grandeur lui restent absolument étrangères; ou bien elles lui font cortège et leur reflet lui confère un aspect tout différent. Dans les cas, et ils sont nombreux, où le délire de grandeur vient doubler celui de persécution, son apparition est tantôt prompte, c'est-à-dire presque immédiatement consécutive à celle des troubles intellectuels initiaux; tantôt tardive, et alors le délire de persécution a suivi fort longtemps, sans complications, sa marche accoutumée. D'autres fois, les idées de grandeur éclosent après un délai indéterminé et leur soudaineté a quelque chose qui étonne. Il n'est pas rare non plus de rencontrer une forme mixte de mélancolie anxieuse et de délire de persécution.

Au demeurant, quels sont les caractères qui différencient du délire de persécution de l'adulte la même forme mentale chez le vieillard? D'après l'auteur, voici : Dans

le grand âge, le délire de persécution se caractérise par la fréquence des hallucinations des divers sens, tandis que, chez l'adulte persécuté, les hallucinations de l'ouïe sont presque exclusivement celles que l'on rencontre ; par la fréquence, également, des troubles de la sensibilité génitale, celle de l'anxiété mélancolique et celle des conceptions hypochondriaques. La crainte du vol, la conviction et le ressentiment d'avoir été volé, la puérilité des appréhensions donnent la note dominante. Les actes de violence, perpétrés par les persécutés séniles, ont aussi leur cachet typique. Sénile ou adulte, le persécuté qui s'abandonne à la violence se venge ; mais celui-ci se venge de ce qu'on lui trouble, à plaisir, l'esprit, qu'on suscite chez lui des hallucinations, qu'on lui vole sa pensée ; tandis que celui-là se venge parce qu'on lui a volé son argent.

Médiocrement accessible aux impulsions subites, le vieillard persécuté peut cependant en subir l'absolutisme. C'est lorsque, affecté d'une maladie des voies circulatoires, à l'occasion d'une recrudescence dans les troubles cardiaques, la circulation encéphalique éprouve momentanément un surcroît d'irrégularité. Plus communément, toutefois, c'est vers la mélancolie avec tristesse et anxiété qu'il incline.

Si, enfin, l'hérédité ne semble exercer sur l'irruption du délire de persécution qu'une influence beaucoup moins intense et surtout beaucoup moins directe que sur celles de la manie et de la mélancolie anxieuse séniles, un point, selon l'auteur, serait pourtant à vérifier. Tout le monde admet le caractère essentiellement héréditaire de l'artério-sclérose. Dès lors, n'y aurait-il pas intérêt à rechercher s'il n'existe pas une étroite simultanéité entre des lésions circulatoires homochrones et des perturbations mentales homochrones, dont l'apparition coïncide avec la sénilité ?

Nous avons, pas à pas, suivi l'auteur dans ses développements. Nous avons cherché par là, Messieurs, à vous initier à l'esprit qui a présidé à son étude.

Eh bien, la lecture attentive de ce travail nous remet en mémoire la pensée du critique : « Je vois bien les membres du poète ; je ne vois pas le poète. » Nous voyons bien, nous, colligés avec un soin jaloux les

arguments qui militent en faveur d'une doctrine ; nous ne voyons pas se formuler la doctrine. Existe-t-il ou n'existe-t-il pas une forme de folie spéciale au vieillard, et pourquoi ? Voilà ce qu'il s'agissait de mettre en lumière. Voilà ce qui ne se dégage ni du texte, un peu pressé, ni des faits à l'appui, un peu complaisamment exposés.

L'auteur dit bien — nous l'avons noté dans un passage — qu'il n'existe pas de folie spéciale à la vieillesse ; mais il ne motive pas avec assez de fermeté son allégation. Au rebours, il s'efforce à mettre en évidence les syndromes de nature à marquer d'un sceau particulier les désordres intellectuels qui se manifestent dans la sénilité, sans faire saillir suffisamment leur caractère parfois épisodique. Il n'établit pas entre eux et ceux qui auraient une valeur opposée, un parallélisme assez frappant. On dirait qu'il se garde de prendre parti. Bref, les promoteurs d'une forme mentale spéciale à la vieillesse pourront tirer de son exposé des arguments. A la même source, les adversaires de la thèse en pourront puiser aussi. En fin de compte, la question reste en l'état.

Sous bénéfice de ces réserves dictées par un sentiment d'équité, l'équité, également, nous fait un devoir de reconnaître que le mémoire adressé à la Société est, ainsi que nous nous hâtons de le déclarer au début, un travail consciencieux, qu'il fournit des preuves d'érudition indéniables, que nombre des faits qui y sont relatés comportent un très réel intérêt et que si, en toute occasion, la pensée n'échappe pas à l'ambiguïté, le style en est clair, même élégant.

Plus de sévérité dans les divisions et subdivisions du texte, plus d'ordre méthodique dans la nomenclature des faits à l'appui ; quelques remaniements ; une manière de ventilation ; moins d'éclectisme ; et, d'ores et déjà assuré d'y récolter en abondance des documents précieux, le lecteur — l'attention allégée — saisira mieux la filiation des idées, et, au grand profit de la science, embrassera plus étroitement le sujet.

C'est, ainsi que le déclare l'auteur, « un travail de clinique » ; c'est, ajouterons-nous, un travail de clinique émanant d'un auteur qui a beaucoup analysé.

En conséquence, Messieurs, votre Commission est unanime pour soumettre à votre ratification les propositions suivantes :

1° Il n'y a pas lieu de décerner le prix Aubanel.

2° Il y a lieu d'accorder une récompense au mémoire parvenu à la Société, ayant pour épigraphe : « *Nec vero quemquam senum audiivi oblitum quo loco thesaurum oblisset* » (Cicéron).

3° Il y a lieu de fixer au chiffre de 1,200 francs la somme attribuée à ce mémoire à titre de récompense.

Votre Commission, Messieurs, n'aurait pas cru son mandat intégralement rempli, si elle ne soumettait à votre approbation un sujet de prix pour le prochain concours.

Elle vous propose d'inviter les candidats au prix Aubanel à s'exercer sur la question suivante : *Etudier la fréquence du délire de grandeur dans le délire de persécution.*

Les conclusions du rapport de la Commission sont adoptées. En conséquence, une récompense de 1,200 fr. est décernée à MM. Mabilie, directeur-médecin en chef, et Lallemand, médecin-adjoint de l'asile de Lafont, près La Rochelle.

La question proposée pour le prochain concours du prix Aubanel est la suivante : « *Étude sur la fréquence du délire de grandeur dans le délire de persécution.* »

Éloge de Ach. Foville.

M. RITTI. — Messieurs, le 22 juillet 1878, s'éteignait à Toulouse, âgé de près de quatre-vingts ans, un savant du plus grand mérite, dont l'œuvre, pour être oubliée des générations nouvelles, n'en occupe pas moins une place des plus honorables dans l'histoire de notre science. Interne d'Esquirol à la Salpêtrière, il se livra avec ardeur aux recherches anatomo-pathologiques sur le système nerveux et, sur ce terrain alors peu défriché, il fut assez heureux pour faire quelques découvertes. Dès 1822, dans un mémoire publié en collaboration avec son ami Delaye, il démontra que la substance corticale du cerveau devait être considérée comme le siège de

l'intelligence. Tout le monde accepte aujourd'hui cette vérité scientifique ; peu savent qui l'a établie.

Plus discutées, mais aussi plus discutables, sont les conclusions d'un travail qu'il publia l'année suivante, en collaboration avec Pinel-Grandchamp. « Le corps strié et les fibres médullaires correspondantes à cette masse nerveuse président, nous y affirme-t-on, aux mouvements de la jambe. La couche optique et les fibres médullaires auxquelles elle correspond, c'est-à-dire celles du lobule postérieur, tiennent sous leur dépendance les mouvements du bras. » Cette solution si simple n'a pas prévalu. Est-ce à dire que nous en avons une autre, définitive ? Depuis 1823, les anatomo-pathologistes ont accumulé les observations, les physiologistes les expériences ; et cependant l'accord complet n'a pu se faire entre eux sur les fonctions des noyaux gris centraux du cerveau.

De telles recherches sur des sujets si controversés faisaient le plus grand honneur à notre jeune savant. Il avait compris et démontré l'importance de la méthode anatomo-clinique, pour déterminer l'usage des diverses parties du système nerveux, et l'avenir a démontré qu'il était entré dans la véritable voie.

Son esprit si ouvert et si pénétrant, son ardeur au travail, lui avaient acquis l'estime de ses maîtres. Aussi, dès qu'il eût été reçu docteur en médecine, il fut, sur la recommandation d'Esquirol, nommé médecin en chef de l'asile d'aliénés de Saint-Yon, qui venait d'être créé dans le département de la Seine-Inférieure. Il avait à peine vingt-sept ans. Dans ce poste important, sa réputation ne fit que s'accroître ; ses publications scientifiques, ses remarquables articles sur l'aliénation mentale dans le Dictionnaire en 15 volumes, furent très goûtés, de même que son enseignement à l'École de médecine de Rouen, qui l'avait appelé à la chaire de physiologie.

A la mort d'Esquirol, en 1840, il eut l'insigne honneur de succéder à l'éminent aliéniste dans ses fonctions de médecin en chef de la maison de Charenton. Il s'empressa de mettre à profit les ressources intellectuelles que lui procuraient, et le voisinage de l'École vétérinaire d'Alfort, et les richesses du Muséum, pour terminer des

recherches depuis longtemps commencées sur la structure comparée du système le plus noble de l'économie. Quatre ans après, il publiait le premier volume d'un *Traité complet de l'anatomie, de la physiologie et de la pathologie du système nerveux cérébro-spinal*. Ce volume, entièrement consacré à l'anatomie, est dédié à l'illustre naturaliste philosophe H. Ducrotay de Blainville, et, à tous égards, il est digne de l'école de ce grand maître.

Il ne nous appartient pas de rechercher ici quelles sont, des idées soutenues dans ce remarquable ouvrage, celles qui ont définitivement acquis droit de cité dans la science et celles que le progrès a fait rejeter. De l'avis des meilleurs juges, pour la solidité de l'érudition, pour la critique éclairée des travaux antérieurs, pour l'importance des faits nouveaux, il mérite encore d'être consulté. On ne s'en prive pas d'ailleurs; il est même une de ces sources où l'on puise souvent, mais qu'on ne cite pas toujours.

Malheureusement, cette œuvre capitale est restée inachevée; nous n'en possédons qu'une partie, et elle nous laisse l'amer regret de ne pouvoir la connaître tout entière. Les événements politiques devaient interrompre dans sa tâche celui qui l'avait conçue et lui avait donné un commencement d'exécution; si plein de promesses.

La tourmente révolutionnaire de février 1848, en renversant le trône de Louis-Philippe, eut son contre-coup sur les destinées de notre savant. Attaché à la dynastie déchue, compagnon du prince de Joinville lors de son voyage de 1838 en Afrique et dans l'Amérique du Sud, il fut révoqué par le gouvernement provisoire de ses fonctions de médecin en chef de la Maison de Charenton.

Cette révocation mit fin à sa carrière scientifique. Il se consacra tout entier à la pratique médicale, et se créa en peu de temps, à Paris, une nombreuse clientèle; il était surtout très apprécié comme médecin consultant pour les maladies mentales. En 1869, il abandonna cette situation si laborieusement conquise, et, pour des raisons de famille, il alla se fixer à Toulouse, où il succéda à son ami Delaye dans la direction médicale d'un établissement privé d'aliénés.

L'existence dont je viens de donner une rapide esquisse, est celle de Foville père. On demandera, non sans raison, pourquoi le panégyrique de cet aliéniste éminent, dont les travaux sont de premier ordre, n'a pas encore été prononcé dans cette enceinte; et l'on sera étonné d'apprendre que Foville père ne faisait, à aucun titre, partie de la Société médico-psychologique. On cherche en vain son nom sur la liste des membres fondateurs, qui cependant réunit tous ceux qui, à l'époque, s'étaient distingués dans la médecine mentale. Sans rechercher les motifs de son abstention, nous devons la regretter.

Mais, s'il ne siégea pas parmi nous, la place qu'il eût dû y prendre fut dignement occupée par un de ses fils. L'héritage d'un grand nom est parfois un pesant fardeau. Notre regretté collègue porta le sien avec honneur. Aux qualités de savant qu'il tenait de son père, il joignit celles d'administrateur; il fut un de ces médecins, comme notre spécialité en a fourni un si grand nombre depuis plus d'un demi-siècle, qui surent mener de front la culture scientifique et la pratique des affaires, consacrant une partie de leur existence aux difficiles problèmes de la pathologie mentale, l'autre à l'amélioration matérielle des malheureux confiés à leurs soins. Par ses écrits comme par ses actes, il fit beaucoup pour les aliénés; il fut récompensé de ses efforts, et cette récompense était méritée. Mais ces fonctions d'inspecteur général, qui couronnaient une carrière bien remplie, il ne les considérait pas comme une satisfaction de vanité, mais comme un nouveau moyen de faire le bien; et ce souci du bien, il l'eut jusqu'à ses derniers moments.

Pour l'appréciation d'une telle vie et d'une telle œuvre, nul besoin de faire appel aux sentiments d'une bienveillante amitié; les écrits et les actes parlent d'eux-mêmes, ils sont les témoignages les plus éloquents de la science, de la bonté et du dévouement de leur auteur.

Achille Foville naquit à Rouen, le 25 mars 1831. Il commença ses études classiques, à Paris, au lycée Louis-le-Grand. Elève laborieux et intelligent, il était, vers l'âge de quatorze ans, en quatrième, lorsqu'il eut le don de déplaire, on ne sait pourquoi, à un maître d'é-

tes, une de ces natures malveillantes, jalouses et envieuses, qui prennent plaisir à se venger sur les petits de leur propre infériorité sociale. En butte à de véritables persécutions, l'enfant prit en dégoût et le collège et le travail. Le père, qui avait sur l'éducation des idées très justes et très saines, trouva le moment venu de les appliquer.

« L'on ne peut guère charger l'enfance de la connaissance de trop de langues, dit quelque part La Bruyère, et il me semble que l'on devrait mettre toute son application à l'en instruire; elles sont utiles à toutes les conditions des hommes, et elles leur ouvrent également l'entrée ou à une profonde ou à une facile et agréable érudition. » Cette vérité du grand moraliste du XVII^e siècle commence à peine à être comprise, et ce n'est guère que depuis une vingtaine d'années qu'on l'a mise réellement en pratique. Foville père en appréciait toute l'importance; il en fit profiter ses enfants, ce qui est à sa louange. Mais il ne mérite pas moins d'éloges, pour la manière dont il s'y prit pour apprendre vite et bien à son fils les langues étrangères. Il le transplanta d'abord en Allemagne, le plaçant à Darmstadt, dans la famille d'un professeur, homme très instruit, très recommandable, qui s'attacha à son jeune élève, dont l'esprit éveillé avait su lui plaire. Grâce à une intimité constante avec son maître, à cette éducation en quelque sorte familiale, le jeune Achille fit en peu de temps des progrès surprenants. Après dix-huit mois de séjour en Allemagne, il revint, possédant une connaissance approfondie, non seulement de la langue allemande, mais de toutes les matières qui font partie de l'enseignement classique.

La méthode était trop bonne pour ne pas continuer de l'appliquer. Après l'allemand, Foville père voulait que son fils apprît l'anglais; il l'envoya donc en Angleterre. Mais cette fois la tâche était plus facile, et dix mois suffirent pour la terminer.

À son retour, notre jeune polyglotte se trouva en mesure de se présenter aux examens si redoutés des deux baccalauréats; il enleva ses diplômes de haute lutte, et à un âge où ses anciens condisciples se trouvaient encore sur les bancs du lycée.

On connaît l'antique allégorie qui nous représente Hercule, au début de la vie, hésitant entre la vertu et le vice, et se décidant finalement pour la vertu. Les hésitations du jeune bachelier sont souvent aussi vives, quand il s'agit du choix d'une carrière; placé comme dans une sorte de carrefour d'où rayonnent une quantité innombrable de routes plus ou moins fréquentées, son embarras s'explique. Le plus souvent ses parents lui indiquent celle qu'il devra suivre et il s'y engage résolument; d'autres fois, il y a de sa part indécision, résistance: il entre dans une voie, et, après y avoir cheminé quelque temps, il revient sur ses pas; il en prend alors une autre, mais elle lui plaît moins encore. Ce n'est qu'après des essais réitérés qu'il trouve enfin celle qui lui convient. Tel est le cas de Foville. Son père l'engageait vivement à faire ses études médicales; soit esprit de contradiction, soit tout autre motif, il refusa net, marquant ses préférences pour l'administration. Il entra comme surnuméraire aux contributions directes; mais deux ans ne s'étaient pas passés qu'il fut dégoûté des chiffres. Il fit partie ensuite durant six mois de l'administration des eaux et forêts; ce second essai n'eut pas plus de succès que le premier. Une intelligence comme la sienne ne pouvait vivre dans l'air des bureaux; elle aspirait à une nourriture plus substantielle. Les conseils paternels vainquirent plus facilement les dernières hésitations, et notre jeune employé alla prendre sa première inscription à la Faculté de médecine de Paris.

Sa vraie voie était enfin trouvée; on s'en aperçut bien dès les premiers jours. Rarement on vit un étudiant plus assidu aux cours, aux conférences et aux cliniques. Foville travaillait beaucoup, plus même que ses condisciples, car il avait perdu du temps, et un temps précieux, qu'il s'agissait de rattraper. Grâce à son esprit vif et ouvert, à sa grande facilité d'assimilation, il fut bientôt en mesure de se présenter à l'internat des hôpitaux. Le concours où il fut nommé — celui de 1853 — fut un des plus brillants, et par la supériorité des épreuves, et par la qualité des candidats; il fut classé le quatrième sur trente-huit; le premier était M. le professeur Baillon, dont les célèbres travaux sur

la botanique ont fait un digne émule des Jussieu et des Richard; on trouve sur cette liste de promotions les noms de Millard, Besnier, Blachez, honneur de l'école clinique française; celui de l'éminent chirurgien, M. le professeur Félix Guyon; ceux enfin de deux de nos savants collègues, MM. Luys et Auguste Voisin, qui consacrent leur existence à l'étude si difficile de l'anatomie normale et pathologique du système nerveux.

Foville avait le droit d'être satisfait de ce premier succès; mais lorsqu'on a pris pour devise : Noblesse scientifique oblige, on ne s'arrête pas à une première étape. Une curiosité naturelle, l'exemple de son père, peut-être aussi un secret instinct que là était son avenir scientifique, le poussaient vers l'étude de la médecine mentale. Il demanda et obtint une place d'interne dans un des services d'aliénés de la Salpêtrière; il entra dans celui de Lélut. L'ingénieux auteur du *Démon de Socrate* et de l'*Amulette de Pascal* avait accoutumé de faire sa visite à sept heures du matin et exigeait la présence de son interne. Cette visite, si tôt commencée, se terminait de bonne heure. Foville profitait des loisirs que lui faisait l'éminent médecin philosophe pour suivre les cliniques de Baillarger et de Falret père, dont les leçons, fort appréciées, attiraient un nombreux auditoire.

A l'école de tels maîtres, il acquit l'habitude de l'aliéné et surtout cette science de l'interroger qui conduit à la sûreté du diagnostic; il s'initia aux mœurs de ce genre de malades, dont la connaissance facilite l'organisation et la direction des établissements qui leur sont destinés; et son goût pour les études psychiatriques, si difficiles et si attrayantes tout à la fois, devint si vif qu'il résolut dès lors de leur consacrer son existence.

Arrivé au terme de son internat, il soutint, le 31 décembre 1857, sa thèse de doctorat; elle est intitulée : « Considérations physiologiques sur l'état d'épilepsie. » On connaît la théorie de Marshall-Hall, qui considère les phénomènes convulsifs comme des manifestations de la fonction motrice intrinsèque de la moelle allongée. Foville développe cette théorie avec beaucoup de talent, mais en lui apportant quelques

correctifs. Écrit en un style clair, net et précis, son travail fut très apprécié ; il souleva néanmoins quelques critiques. Notre savant collègue, M. J. Falret, qui eut à en rendre compte, lui objecta, non sans raison, que le symptôme, en quelque sorte primitif de l'épilepsie, est la perte de connaissance et que l'action réflexe du pouvoir excito-moteur de la moelle allongée sur les artères du cerveau ne suffit pas pour l'expliquer. A la théorie bulbaire de Marshall-Hall, il opposait la théorie cérébrale ; c'est elle qui, croyons-nous, semble devoir prédominer.

Aussitôt reçu docteur, Foville, sans un instant d'hésitation, adressa au ministre de l'intérieur une demande pour entrer dans les asiles d'aliénés en qualité de médecin-adjoint. En attendant sa nomination, il continua de travailler, publiant des observations, écrivant d'intéressants mémoires qu'il venait lire dans les sociétés savantes. A la Société anatomique, il communiqua une importante *Note sur une paralysie peu connue de certains muscles de l'œil, et sa liaison avec quelques points de l'anatomie et de la physiologie de la protubérance annulaire* ; note qui fut suivie d'une importante discussion à laquelle prirent part Cruveilhier, Siredey, Landry, Axenfeld. A la Société médico-psychologique, dont il devint membre titulaire le 30 mai 1859, il vint lire les résultats de ses recherches sur les tumeurs sanguines du pavillon de l'oreille chez les aliénés.

On a bien souvent et longuement discuté sur les causes, le siège et la nature de cette affection. Est-ce à dire qu'aujourd'hui l'accord est fait sur cette question, et que tout ce qui concerne l'hématome de l'oreille chez l'aliéné n'a plus de secret pour nous ? Je n'oserais l'affirmer ; mais ce qui ne saurait être douteux, c'est que le mémoire de Foville, s'il n'a pas complètement résolu le problème, eut le rare mérite de bien le poser. Sur l'un des principaux points en litige, le siège exact de ces tumeurs, il apporta même une solution nouvelle, qui peut être considérée comme définitive. Jusque-là, on s'accordait à les désigner comme sous-cutanées ; à l'aide de fines et patientes dissections, il est arrivé à démontrer qu'en réalité elles sont constituées

par du sang épanché non sous la peau, mais sous le périchondre détaché du cartilage.

Foville, malgré les occupations qu'il s'était créées, le travail auquel il s'astreignait, ne perdait pas de vue le but qu'il désirait atteindre. Mais plus de dix-huit mois s'étaient écoulés depuis le jour où il avait posé sa candidature, il ne voyait encore aucun succès de ses démarches pour entrer dans les asiles. Il commençait, à juste titre, à s'inquiéter, et se demandait s'il n'agirait pas sagement en allant, — bien à regret, il faut le dire, — à la recherche d'une autre position sociale.

La guerre d'Italie venait de se terminer par la signature, à Villafranca, des préliminaires de la paix; l'armée française évacuait le pays témoin de ses victoires, mais laissait les hôpitaux encombrés de ses blessés. Partout le service médical était insuffisant. Le gouvernement fit appel à nos jeunes médecins pour aller, en Italie, soigner nos compatriotes. Dans la situation d'esprit où il se trouvait, un voyage, même fait dans ces conditions, ne pouvait déplaire à Foville. Il n'eut pas la peine de faire sa demande; sa nomination de médecin-adjoint à l'asile de Quatre-Mares vint heureusement mettre fin à ses inquiétudes et fixer définitivement sa carrière.

Il ne resta que quelques mois dans ce poste secondaire; dès l'année suivante, il fut envoyé comme médecin en chef d'un des services de l'asile de Maréville. Désirant associer les préoccupations administratives aux devoirs du médecin, il demanda et obtint les fonctions de directeur-médecin, d'abord à l'asile de Dôle, puis à celui de Châlons-sur-Marne.

Dans ces diverses fonctions, Foville semble avoir été surtout préoccupé d'étendre son savoir: il compléta par une observation assidue des malades ses connaissances en médecine mentale; il s'initia aux questions administratives qui, après une pratique de près de six ans comme directeur, n'eurent plus de secret pour lui.

Durant cette période, il écrivit peu. Comme tous ses collègues, il eut de fréquentes occasions de faire des rapports de médecine légale; ceux qu'il a publiés portent la marque de son esprit clinique et de son talent d'exposition. Mais sa nomination, en 1866, au poste de

médecin-adjoint de la Maison de Charenton, lui permit enfin de donner à son activité scientifique tout son essor. Il fut heureux et fier d'occuper une situation médicale dans l'établissement illustré par Esquirol et son père, et s'appliqua à s'en montrer digne. Il y trouva comme chef de service un de nos plus éminents aliénistes, M. Calmeil.

Permettez-moi, Messieurs, de saluer au passage cette grande et noble figure de savant, dont le nom reste attaché à l'une des plus importantes découvertes médicales du siècle, à celle de la paralysie générale. La vie de ce maître vénéré est celle d'un sage, qui n'a qu'une ambition, apporter sa pierre au grandiose édifice que les générations successives élèvent à la science. Pendant le demi-siècle qu'il passa à la Maison de Charenton, il s'est, avec une patience que rien ne rebutait, appliqué à scruter sur le mort et le vivant les problèmes de la folie; il a dépouillé les archives, pour en extraire l'histoire de cette maladie depuis le moyen âge jusqu'à la Révolution française, depuis les épidémies de sorcellerie du xv^e siècle jusqu'aux aberrations produites par Mesmer et le magnétisme animal. De cette association, chez le même pensur, de l'érudition du bénédictin et des recherches de laboratoire du clinicien, sont sorties deux œuvres remarquables : un traité des maladies inflammatoires du cerveau et un tableau des épidémies, qui, l'un et l'autre, survivront à leur auteur. M. Calmeil, qui a si bien mérité de la psychiatrie, vit aujourd'hui dans une retraite honorée, ne cessant de s'intéresser aux progrès d'une science qui lui a donné de si douces joies, sa belle vieillesse entourée des soins délicats du plus affectueux dévouement.

Foville passa six années, les meilleures de son existence, dans ce milieu si favorable aux travaux de l'esprit. Homme de devoir, en même temps que passionné pour la science, il sut faire un bon emploi de son temps, le partageant entre l'observation des malades, les recherches d'érudition, les séances des sociétés savantes; il évitait les distractions du monde, dont son caractère sérieux goûtait peu la frivolité. Ce labeur assidu porta ses fruits.

Le premier travail que publia Foville fut une notice

historique et bibliographique sur le *delirium tremens*, la dipsomanie et l'alcoolisme. Les médecins emploient couramment ces termes, sans savoir à qui ils les doivent. Que nous importe? diront sans doute les sceptiques qui ne s'intéressent qu'au présent et n'ont aucun souci des antécédents. Il importe beaucoup, au contraire. « L'histoire des mots n'est pas, il est vrai, toute l'histoire de la science, mais elle en constitue une branche importante, et souvent elle peut jeter du jour sur les idées et sur les théories. Elle peut aussi servir à révéler d'injustes oublis, et à faire connaître les véritables auteurs de découvertes, mal à propos attribuées à d'autres. » Ces hautes raisons scientifiques et morales justifient pleinement la tentative de notre collègue; il entreprenait une tâche difficile, grâce à l'inexactitude, en quelque sorte proverbiale, des indications bibliographiques des ouvrages de médecine. Ce mal, qui n'est pas de date récente, loin de le rebuter, ne faisait qu'exciter sa curiosité; il fut enfin assez heureux de trouver la solution du problème qu'il s'était posé.

L'histoire de l'alcoolisme est simple. C'est Magnus Huss, professeur à l'Université de Stockholm, qui créa, en 1852, ce terme pour désigner l'ensemble des effets exercés sur le système nerveux par l'intoxication alcoolique et dont il a donné une description magistrale, restée classique. Mais la question se compliqua lorsqu'il s'agit du *delirium tremens* et de la dipsomanie. Pour la résoudre, la connaissance approfondie que Foville possédait des langues anglaise et allemande, lui fut d'une incontestable utilité. A force de recherches minutieuses, mais non sans avoir fréquemment suivi de fausses pistes, il finit par mettre la main sur les documents qui lui permirent d'établir la vérité, en rendant à chacun ce qui lui est dû. La voici, résumée en quelques mots.

Le nom de *delirium tremens* a été inventé en 1813, par Sutton, un médecin anglais, pour désigner une maladie spéciale confondue jusque-là avec la phrénitis idiopathique, et présentant, pour principaux symptômes, du délire et du tremblement des membres. Ce qui, d'après le même auteur, constituait le caractère essentiel de cette affection, c'était sa curabilité par l'opium, et son aggravation par l'emploi de la médication antiphlo-

gistique ; il avait reconnu en outre qu'elle succède d'ordinaire à des excès de boisson.

Sutton, on le voit par cette description succincte, s'est trompé sur la nature du *delirium tremens*. Tel que nous le concevons aujourd'hui, il n'a pas pour caractère pathognomonique de guérir par les opiacés, mais d'être constamment le résultat d'excès alcooliques longtemps prolongés.

Mais qui était ce Sutton ? Les dictionnaires les mieux renseignés, ceux qui ont mis une certaine coquetterie à nous faire connaître la vie et les œuvres des membres les plus renommés du corps médical, ne nous apprennent sur lui que fort peu de choses. Né en 1762, il fut reçu docteur à Leyde en 1787, puis devint membre du Collège de médecine de Londres et, en 1814, médecin du Kent Dispensary à Greenwich. Quant à l'époque de sa mort, elle est inconnue. O amère ironie de la destinée ! Voici un médecin distingué qui a enrichi la pathologie d'un chapitre nouveau, et les biographies, dont c'est pourtant le métier, ne connaissent ni la date exacte de sa naissance, ni celle de sa mort !

Quant à la description de la dipsomanie, deux observateurs peuvent s'en discuter la priorité. Ce sont, en effet, deux médecins étrangers, l'un Italien, nommé Salvatori, l'autre Allemand, nommé Bruhl-Cramer, pratiquant tous deux à Moscou, tous deux membres de la Société de médecine et de physique de cette ville, qui paraissent avoir reconnu vers la même époque l'existence de cette affection, non décrite avant eux, et consistant en une impulsion malade, irrésistible, à boire avec excès des liqueurs enivrantes. Le premier l'appela *oinomanie* ; le second, qui écrivait en allemand, lui donna le nom de *Trunksucht*, manie de boire. Aucune de ces dénominations n'a survécu ; quant à celle, qui a obtenu droit de cité dans la science, elle est due au célèbre auteur de la *Macrobiotique*, au professeur Hufeland, qui le proposa dans la courte préface qu'il écrivit pour le livre de Bruhl-Cramer. Si donc les deux membres de la Société de médecine de Moscou ont droit à la paternité de la dipsomanie, Hufeland doit en être considéré comme le parrain.

Salvatori et surtout Bruhl-Cramer ont excellemment

mis en relief les caractères de cette affection : ses accès se reproduisant fatalement d'une manière périodique, intermittente ou rémittente; leur annonce constante par des prodromes toujours les mêmes; leur durée régulière; enfin, leur terminaison habituelle par certains phénomènes critiques dont le principal est le vomissement. Peu de chose a été ajouté depuis à ce tableau si saisissant et si complet. Ce qui est le fait des observateurs plus récents, c'est d'avoir plus nettement distingué cette impulsion paroxystique à boire, de l'ivrognerie proprement dite, d'en avoir déterminé l'étiologie et la valeur nosologique.

Le premier point est admirablement résumé dans la formule bien connue de Trélat. « Les ivrognes sont des gens qui s'enivrent quand ils trouvent l'occasion de boire. Les dipsomanes sont des malades qui s'enivrent toutes les fois que leur accès les prend. » Le second a été éclairci sous l'influence des travaux de Morel sur la folie héréditaire. Il est aujourd'hui généralement admis que les dipsomanes se classent parmi les malades qui présentent le plus d'antécédents de famille déplorables, le plus de prédispositions héréditaires aux affections mentales et nerveuses. Si on envisage la dipsomanie à ce point de vue, — ce sont les conclusions mêmes de Foville que nous reproduisons, — elle « se rapproche de différentes impulsions plus ou moins analogues, qui s'imposent de même, avec un caractère réellement morbide, à de malheureux êtres dont le système nerveux est mal organisé. Telles sont les tendances malades au vol, au mensonge, à l'incendie, au meurtre, à l'homicide, à la profanation des cadavres, etc. Tous ces états rentrent dans la catégorie des délires impulsifs ou manies instinctives, et c'est à tort qu'elles sont prises souvent pour autant de maladies mentales distinctes. »

Trois mois après la publication de cet important travail, Foville vint lire devant la Société médico-psychologique des recherches cliniques et statistiques sur la transmission héréditaire de l'épilepsie.

Au siècle dernier, Louis, le secrétaire perpétuel de l'Académie royale de chirurgie, niait formellement cette transmission. Une opinion aussi absolue trouve encore

quelques rares partisans à notre époque ; mais la majorité des observateurs est bien obligée de se rendre à l'évidence des faits, et ces faits nous apprennent que la terrible névrose est transmissible par l'hérédité. Le premier point établi, d'autres questions se présentent, auxquelles Foville essaie de répondre.

La première, et non la moins importante, peut se poser ainsi qu'il suit, à la manière d'un problème de mathématique : Etant donnée une série d'épileptiques, ayant des enfants, dans quelle proportion trouve-t-on l'épilepsie, d'une part chez les ascendants, d'autre part chez les descendants ?

Poser une question, c'est la résoudre, dit un proverbe. Mais la prétendue « sagesse des nations » est aussi sujette à errer que celle des individus. Que de questions nous nous posons en médecine mentale depuis des années sans en trouver la solution ! Celle que nous venons de formuler est du nombre. Foville, en compulsant les chiffres donnés par divers auteurs, est arrivé aux résultats les plus disparates ; si nous en croyons des statistiques plus récentes, l'accord parfait n'est pas près de s'établir. Ces contradictions entre observateurs, tous de bonne foi, tiennent sans doute à des raisons diverses, dont les principales sont la complexité du sujet et la difficulté de recueillir des documents exacts, ayant une valeur scientifique réelle.

Pour bien étudier les diverses conditions de la transmission héréditaire de l'épilepsie, Foville exprime le désir que l'on réunisse un nombre considérable d'observations collectives de familles où l'épilepsie est héréditaire, et atteint un plus ou moins grand nombre de personnes. Ces observations devraient embrasser plusieurs générations et tenir un compte exact non seulement des épileptiques, mais aussi des aliénés, des enfants morts en bas âge et des personnes saines ou présumées telles.

Joignant l'exemple au conseil, Foville a réuni l'histoire pathologique de sept familles d'épileptiques, comprenant pour quatre générations, 129 personnes, soit en moyenne 18 par famille. Voici les notions qu'il croit pouvoir tirer de ses recherches, et qu'il considère du moins comme très probables :

Et d'abord, des parents épileptiques courent le dan-

ger de perdre en bas âge une proportion considérable de leurs enfants ; c'est là un point que les statistiques de Bouchet et Cazauvieilh avaient déjà établi. Parmi les survivants, un quart environ seront atteints d'épilepsie ; plusieurs seront aliénés ; une moitié environ seront à l'abri de ces maladies.

De même que la folie, comme l'a si bien établi Bailarger, se transmet plus souvent de la mère aux filles et du père aux garçons, de même aussi l'épilepsie a plus de tendance à se reproduire chez les descendants du même sexe que l'ascendant malade, que chez ceux du sexe opposé.

A ces lois d'airain de l'hérédité, il y a heureusement un correctif. A mesure qu'une génération s'éloigne davantage de la souche, l'influence héréditaire va en s'affaiblissant, et le nombre des membres atteints d'épilepsie ou de folie devient de plus en plus restreint.

Tout problème de médecine mentale a pour corollaire une application sociale. Les conclusions précédentes soulèvent la question si délicate du mariage des épileptiques. Faut-il l'interdire par une loi, comme le demandent les partisans de l'intervention de l'État dans tous les actes de la vie privée ? Foville ne le pense pas ; il croit, et avec raison, que « les cas de ce genre ne sont « pas de ceux où la société doive se substituer à l'individu, même pour écarter de lui un danger réel ; et que « l'on ne saurait entrer dans cette voie sans violer gravement le principe de la liberté individuelle ». Mais, selon les paroles si justes de M. Calmeil, « ce que les « lois sont impuissantes à accomplir, le médecin devra « quelquefois le tenter, et s'efforcer de l'obtenir lorsque « des familles bien inspirées prendront l'initiative pour « recourir à ses conseils et aux lumières de sa probité. »

Tous ces travaux, d'autres encore insérés dans divers recueils scientifiques ou communiqués aux sociétés savantes, désignaient Foville aux directeurs des deux dictionnaires de médecine, alors en cours de publication. M. Jacquod l'associa à son œuvre, et, en choisissant un tel collaborateur, l'on peut dire qu'il eut la main heureuse.

Les articles que notre regretté collègue donna au

Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, sont nombreux : les uns, tels que *Folie*, *Délire*, *Convulsions*, appartiennent à la pathologie générale : les autres, *Démence*, *Dipsomanie*, *Lypémanie*, *Paralysie générale*, sont plutôt du domaine de la pathologie spéciale. Dans les uns comme dans les autres, Foville s'est révélé un admirable vulgarisateur ; il en possédait les qualités maîtresses : la clarté, la simplicité, l'érudition, mais surtout l'ordre et la méthode. Écrivant pour des praticiens, il évite avec soin les hauteurs abruptes de la spéculation, pour se maintenir sur le terrain uni de la clinique. Ses descriptions de maladies, faites de main d'ouvrier, sont des modèles dans leur genre. En les relisant, on ne peut s'empêcher d'exprimer un regret, c'est que leur auteur n'ait pas consacré son incontestable talent d'exposition à un traité complet des maladies mentales. Cette œuvre eût dignement remplacé le volume de Marcé, qui obtint à son apparition un si légitime succès.

Le hasard des concours académiques devait offrir à Foville l'occasion d'étudier un des points les plus controversés de la médecine mentale, de le dégager des obscurités qui l'entouraient et d'en donner une solution satisfaisante et presque définitive. Il s'agit de l'histoire clinique de la folie avec prédominance du délire des grandeurs, dont l'Académie de médecine proposait l'étude aux candidats pour le prix Civrieux à décerner en 1869.

Le délire des grandeurs, que la poésie a chanté bien longtemps avant que la médecine eût songé à l'observer, n'a été réellement étudié dans ses diverses modalités et dans sa signification nosologique que depuis la découverte de la paralysie générale. On sait l'importance que jouent dans cette affection les idées ambitieuses. Bayle allait même jusqu'à les considérer comme constituant le symptôme intellectuel nécessaire et suffisant : nécessaire, parce qu'il existe dans tous les cas ; suffisant, parce qu'il n'existe dans aucun autre. On ne saurait nier l'intransigeance des idées de Bayle ; mais cette intransigeance a été utile : elle a attiré l'attention des observateurs sur un des problèmes les plus intéressants de la médecine mentale, et les a obligés à plus de

rigueur dans l'étude critique de ce symptôme de la folie.

Le premier résultat de recherches nouvelles et plus approfondies a été la démonstration de ce fait, que le délire ambitieux n'est pas le symptôme intellectuel nécessaire de la paralysie générale, parce qu'il est des cas où il est absent; oh, à sa place, on trouve un délire mélancolique, des idées de persécution, des idées hypochondriaques, etc. Cette constatation était, il faut l'avouer, une atteinte à ce qu'avait de trop absolu la première partie de la formule de Bayle; mais l'impartialité oblige à reconnaître que l'œuvre de ce puissant esprit n'en fut pas ébranlée, une vérité nouvelle venait simplement s'ajouter à celles qu'il avait si solidement établies.

Mais puisque le délire des grandeurs ne peut être considéré comme le symptôme nécessaire, est-il du moins le signe suffisant de la paralysie générale? A-t-on le droit d'assurer que les maladies mentales, autres que celle-ci, ne présentent point d'idées ambiencieuses dominantes? On s'étonnera sans doute que pareille question ait jamais pu se poser. Qu'on ne s'en étonne pas trop cependant. Chaque génération a ainsi ses doutes, ses erreurs, et il appartient à celles qui suivent de dissiper les unes, de redresser les autres. Si l'histoire des sciences est le récit de ces erreurs et de ces doutes, elle nous apprend aussi les efforts accomplis par une succession non interrompue de travailleurs pour approcher de plus en plus de la vérité.

Il ne fut pas difficile aux observateurs de prouver que, si le délire des grandeurs n'est pas pathognomonique de la paralysie générale, il peut aussi se rencontrer dans d'autres formes morbides d'aliénation mentale; et comme on se trouvait à l'époque de la création des monomanies, on augmenta leur nombre d'un type nouveau, la monomanie d'orgueil ou d'ambition.

Certes un grand pas se trouvait ainsi fait; la science et la pratique demandaient davantage: il importait de pouvoir établir avec certitude le diagnostic différentiel entre les deux affections. C'est à l'analyse minutieuse des caractères du délire qu'on demanda cette distinction, dont Baillarger et notre vénéré collègue, M. Delasiauve,

posèrent les premières bases. A M. J. Falret, revient l'honneur d'avoir définitivement fixé la science sur ce point. Il démontra, dans sa remarquable thèse soutenue en 1853, que, chez le paralytique général, les idées ambitieuses, comme toutes les idées délirantes, en quelque sorte soumises à l'action du moment, sont multiples, mobiles, non motivées et contradictoires entre elles ; tandis que, chez le délirant partiel, ces mêmes conceptions se forment peu à peu, se coordonnent avec le temps, évoluent progressivement et finissent par se systématiser. La mobilité d'une part et la systématisation de l'autre, tels sont donc les deux caractères qui permettent de distinguer le délire ambitieux du paralytique général de celui du monomane.

Le débat semblait épuisé, en ce qui concerne du moins le délire des grandeurs de la périencéphalite chronique diffuse ; il allait se rouvrir avec non moins de vivacité, sur la valeur nosologique des idées ambitieuses systématisées.

Avec la doctrine de la monomanie, la question était des plus simples : on créait, comme on l'a vu, une espèce morbide nouvelle, « dont la passion prédominante est le sentiment exagéré de la personnalité » ; on en décrivait les symptômes, le diagnostic et le pronostic ; enfin on la gratifiait d'un nom nouveau, la mégalomanie.

Deux découvertes de la plus grande importance ne tardèrent pas à renverser cet édifice construit avec beaucoup de soins et de conscience, mais à l'aide de matériaux disparates. En 1852, Lasègue décrivait le délire de persécution et attirait ainsi l'attention sur toute une catégorie de malades que, jusqu'alors, on confondait soit avec les hypémâniâques, soit avec les monomâniâques. Ce nouveau type morbide n'avait pas sa place marquée dans la classification des maladies mentales de Morel ; mais l'illustre aliéniste de Saint-Yon, en raison des préoccupations hypocondriaques qui s'observent dans le cours ou même au début de cette affection, crut devoir la classer parmi les folies névrosiques, rendant ainsi un juste hommage à l'œuvre de son ami. Cette œuvre, il était d'ailleurs destiné à la compléter. En observant avec

soin les persécutés, il constata qu'avec le temps, « sous
« l'influence des transformations étranges que subis-
« sent l'intelligence et les sentiments de ces malades,
« s'organise cette aberration singulière qui fait sup-
« poser, à ces malheureux qu'ils sont des êtres excep-
« tionnels et appelés à des destinées surhumai-
« nes. »

Morel revint à plusieurs reprises, dans son *Traité des maladies mentales*, sur cette transformation du délire de persécution en délire des grandeurs, prouvant par cette insistance même tout l'intérêt qu'il attachait à cet important fait clinique. S'il compléta l'œuvre de Lasègue, il porta un coup fatal à la mégalomanie : la grande majorité des cas qu'on faisait rentrer dans ce groupe artificiel, concernaient en effet des persécutés ; quant aux autres, des recherches ultérieures leur donnèrent leur signification nosologique.

Cette rapide esquisse historique du délire des grandeurs, dont les éléments sont empruntés au mémoire de Foville, nous démontre une fois de plus que toute vérité scientifique n'est pas le produit d'une génération spontanée, qu'elle est le résultat d'une longue et patiente évolution, enfin qu'elle n'arrive à son complet épanouissement que par suite d'un enchaînement logique d'acquisitions secondaires, une question résolue engendrant de nouvelles questions à résoudre. Littre a donc eu raison de dire que la science d'aujourd'hui est fille de la science d'hier.

Il en faut conclure que le savoir humain ne ressemble en rien à Minerve sortant tout armée du cerveau de Jupiter. A cette grande tâche du progrès scientifique — ne s'agit-il que de la plus modeste spécialité — un seul homme ne saurait suffire, quelque puissant que fût son génie ; il y faut le travail patient et continu de plusieurs générations successives, concourant toutes au même but et se transmettant l'une à l'autre les connaissances acquises. Nous avons beau vouloir seconder le joug de nos prédécesseurs ; ils agissent sur nous, malgré nous et heureusement pour nous, car s'ils sont nos modèles et nos maîtres, ils sont aussi nos guides, et c'est bien dans ce sens élevé qu'il faut entendre la belle parole du plus grand philosophe du siècle : « Les vi-

vants sont toujours, et de plus en plus, dominés par les morts » (1).

Toute idée nouvelle traverse une période d'incrédulité; celle du médecin de Saint-Yon ne devait pas échapper à la loi commune. Un célèbre géomètre, qui fut aussi un homme d'esprit, Poinso, prétendait que toute découverte scientifique subit trois phases après sa publication. Lorsqu'un savant apporte un fait inconnu avant lui ou quelque théorie originale, l'on commence invariablement par dire : Ce n'est pas vrai. Puis, au bout d'un certain temps, après un examen plus ou moins consciencieux, si l'on est obligé d'affirmer que c'est vrai, on s'empresse d'ajouter : Ce n'est pas lui qui l'a trouvé. Finalement, lorsque la vérité est trop éclatante pour être niée, on dit, mais d'un air de dépit : C'est vrai, c'est lui qui l'a trouvé; mais ce n'était pas difficile (2).

Il en fut de même pour la découverte de Morel : on la nia d'abord, on essaya ensuite d'en diminuer l'importance, quelques-uns tentèrent même, timidement il est vrai, d'en enlever la priorité à son auteur; mais devant les faits évidents et les textes précis, tout savant finit par s'incliner. Aujourd'hui la transformation du délire de persécution en délire des grandeurs, ou, si l'on préfère, la production des idées ambitieuses dans le cours du délire de persécution, est universellement admise; le désaccord n'existe plus que sur son degré de fréquence, comme le prouverait au besoin une discussion récente à la Société médico-psychologique.

A ce résultat, Foville par son mémoire et Legrand du Saulle par sa monographie, — pour ne citer que les disparus, — ont largement contribué. Mais, en clinique, il ne suffit pas d'avoir constaté un fait, il importe aussi de rechercher les conditions dans lesquelles il se produit.

Comment expliquer la genèse des idées de grandeur dans le délire de persécution? Les procédés sont divers,

(1) Aug. Comte, *Système de politique positive*, Paris, 1852, t. II, p. 61.

(2) V. P. Laffitte, *Relations d'Aug. Comte avec L. Poinso*, in *Revue occidentale*, numéro de mars 1886.

mais aucun n'est exclusif. Certains persécutés deviennent ambitieux à la suite d'un fait très futile ; d'autres, fois, la nouvelle idée délirante leur est suggérée par une hallucination de l'ouïe, par une voix. À ces divers modes de production, Foville en ajoute un troisième, qu'on peut appeler la genèse par déduction logique ; la description qu'il en donne est des plus vivantes.

« Frappés, dit-il, du peu de rapport qui existe entre
 « leur position bourgeoise et la puissance dont leurs
 « ennemis doivent disposer pour les atteindre en dépit
 « de tout ; entre le rôle effacé qu'ils jouent dans le
 « monde et les mobiles impérieux qui seuls peuvent
 « expliquer l'acharnement avec lequel on les poursuit,
 « quelques-uns de ces malades finissent par deman-
 « der si réellement ils sont aussi peu importants qu'ils
 « le paraissent. Une nouvelle perspective s'ouvre à leur
 « esprit tourmenté ; ce n'est plus la personnalité des
 « autres, c'est leur propre personnalité qui se trans-
 « forme à leurs yeux. Pour qu'on les attaque comme
 « on le fait, il faut, se disent-ils, que l'on ait un inté-
 « rêt à agir ainsi, et si l'on a un si grand intérêt à les
 « perdre, c'est qu'ils portent ombrage à quelque per-
 « sonnage riche et puissant ; c'est qu'ils auraient droit
 « eux-mêmes à une richesse et à une puissance dont ils
 « sont frauduleusement dépouillés ; c'est qu'ils appar-
 « tiennent à un rang élevé dont les circonstances plus
 « ou moins mystérieuses les ont écartés ; c'est que les
 « gens qu'ils avaient considérés comme leurs parents ne
 « sont pas leurs parents véritables ; c'est qu'eux ils
 « appartiennent à une famille de premier ordre, à une
 « souche royale le plus souvent. »

On connaît de longue date l'ambition effrénée des bâtards, les annales de l'histoire en rapportant maints exemples. Foville estime que la folie ne les modifie guère à ce point de vue, car « cette foi dans une
 « naissance illustre, cette croyance à une fortune ima-
 « ginaire, est relativement fréquente chez les enfants
 « naturels devenus aliénés ». Et de fait sur douze malades « qui abandonnaient en idée leur propre
 « famille, pour se forger une généalogie imaginaire
 « dans les rangs les plus élevés de la société », il en trouva cinq qui étaient d'une naissance irrégulière,

« proportion énorme, ajoute-t-il, qui est bien de nature
« à faire penser que cette circonstance n'est pas sans
« influence sur la production de ce genre particulier de
« délire ».

Foville, on le voit, s'il possédait au plus haut degré les qualités du clinicien, avait aussi le don de l'analyse psychologique. Son *Étude clinique de la folie avec prédominance du délire des grandeurs* en est la meilleure preuve; elle est remplie d'aperçus ingénieux et nouveaux, et l'on applaudit aux conclusions du rapport de Baillarger qui lui décerna le prix Civrieux.

La direction médicale et administrative de l'asile de Quatre-Mares, près Rouen, étant devenue vacante par suite de la nomination du D^r Duménil comme inspecteur général du service des aliénés, Foville demanda et obtint la succession. Il retournait ainsi sur le théâtre de ses débuts, dans la ville où son père avait commencé sa réputation. Plus que personne, il méritait par son savoir et son expérience d'être placé à la tête d'un des plus grands établissements d'aliénés du pays. Il s'y montra, ce que l'on savait déjà, administrateur habile et dévoué au bien de ses malades. La tâche était rude et difficile, mais elle ne le prit jamais tout entier. Il n'oubliait pas qu'il était avant tout médecin, et il sut réaliser en lui cet idéal assez rare, du directeur s'occupant des moindres détails matériels de son asile et trouvant encore le temps de se livrer aux travaux scientifiques les plus ardu. Il passa plus de huit années à l'asile des Quatre-Mares; elles ne furent pas stériles. Dans ce vaste champ d'observation qui lui était confié, il sut faire d'excellentes récoltes; la Société médico-psychologique en profita, car c'est à elle qu'il communiqua la plupart de ses recherches.

Lorsqu'il entra en fonction, il fut frappé du grand nombre d'aliénés de son service, qui y avaient été amenés du Havre où ils étaient venus s'embarquer pour l'étranger, ou qui avaient été rapatriés d'Angleterre ou de Belgique. C'étaient pour la plupart des persécutés: les uns avaient quitté leurs pénates pour échapper aux voix qui les insultaient, aux idées qui les obsédaient, aux misères qui leur étaient faites; mais le malheureux aliéné a beau quitter sa patrie, traverser les mers, s'en-

fuir même dans le désert, il ne trouve pas le repos, son délire

.... monte en croupe et galope avec lui.

Les autres étaient des ambitieux qui se rendaient où les appelaient leurs hautes destinées imaginaires : l'un, pauvre ouvrier menuisier, se croyant appelé par sa naissance à posséder une grande fortune, quitte Saint-Étienne où il habitait pour aller à Londres ou à Southampton, chercher ses titres de propriété; un autre, négociant ruiné, s'imagine être le fils de Napoléon III et appelé à remplacer son père sur le trône de France. Pour faire reconnaître sa filiation et son titre, il entreprend successivement le voyage de Chislehurst et de Berlin, même un pèlerinage à Rome.

Foville analyse tous ces cas avec une grande finesse; avec sa sagacité clinique habituelle, il trouve aisément en quoi ils diffèrent de faits analogues. Les aliénés dont il a réuni les observations et qu'il a appelés voyageurs ou migrants, se déterminent à leurs pérégrinations plus ou moins lointaines, par suite de la nature ou de l'évolution de leur délire; ils accomplissent toujours un acte volontaire, réfléchi, conséquence raisonnée d'un délire systématique, se distinguant en cela des imbéciles, des épileptiques et des déments dont les impulsions au déplacement sont absolument inconscientes, ou encore de ces malades dont on a récemment décrit les migrations sous le nom d'automatisme ambulatorio.

Le mémoire que Foville a consacré à cette étude est sans contredit un des meilleurs qui soient sortis de sa plume d'une si heureuse fécondité. Il est très court; mais quarante pages ont suffi à son auteur pour embrasser dans toute son étendue un point de pathologie mentale; et le suivre jusque dans ses moindres dépendances.

De tous les articles du Dictionnaire de Jaccond, dont il s'était chargé, un seul, le plus important, lui restait à faire, celui sur la paralysie générale. De longue main Foville se préparait à cette tâche; compulsant les auteurs, réunissant les documents cliniques. A la maison de Charenton, de même qu'à l'asile de Quatre-Mares, ces derniers ne lui firent pas défaut, et grâce à eux, il put

écrire une des plus substantielles monographies, malgré sa brièveté, sur la périencéphalite chronique diffuse.

Mais en étudiant cette affection dans le but d'un travail d'ensemble, il trouva sur son chemin un certain nombre de points, les uns essentiels, les autres secondaires, à l'élucidation desquels il contribua par ses recherches si sagaces et si pénétrantes. Déjà dans son remarquable mémoire pour le prix Civricux, il s'était occupé de la question fondamentale du délire ambitieux, et il avait rattaché à cette étude celle de ces cas douteux, exceptionnels, dont Baillarger proposait de faire une espèce à part de folie, sous le nom de manie congestive.

Si la paralysie générale est d'ordinaire une maladie cérébrale primitive, elle peut, dans certains cas, se développer à la suite d'une autre affection du système nerveux, résulter de la propagation aux hémisphères cérébraux d'une lésion de la moelle épinière ou même d'un nerf crânien. On sait que Westphal en Allemagne; Baillarger et M. Magnan en France, ont les premiers attiré l'attention sur les faits de ce genre. Foville apporta sa part de preuves dans un travail publié en 1873; mais, élargissant le débat, il étudia les relations de la paralysie générale non seulement avec l'ataxie locomotrice et l'amaurose, mais encore avec les paralysies partielles et généralisées. Ainsi, à la suite de maladies fébriles aiguës et notamment de la variole grave, on observe parfois des désordres multiples de l'intelligence et de la motilité qui pourraient faire croire à l'existence d'une périencéphalite; la marche ultérieure de l'affection, et certains symptômes, notamment la paralysie du voile du palais, prouvent qu'il s'agit en réalité d'une sorte de démence aiguë et passagère, associée à la paralysie généralisée consécutive à ces fièvres graves.

Il y a une quinzaine d'années, M. le professeur Charcot et ses élèves avaient attiré l'attention du public médical sur la question tant controversée des localisations cérébrales, mise à l'ordre du jour par les travaux si remarquables de Fritsch et Hitzig en Allemagne, et par ceux de D. Ferrier en Angleterre. Le résultat le plus important de ces recherches fut la démonstration

de centres moteurs dans l'écorce des circonvolutions fronto-pariétales. N'était-on pas en droit d'établir entre les lésions constantes de cette région du cerveau dans la paralysie générale, et les troubles pathognomoniques de cette maladie, un rapprochement impossible avant les remarquables travaux de l'École de la Salpêtrière? Foville le pensait avec raison, et il vint soutenir sa thèse devant l'Académie de médecine, dans sa séance du 5 décembre 1876. Sa note, d'une argumentation si serrée, n'était que la préface, ou si l'on préfère, le programme de recherches ultérieures; il comptait bien apporter à la théorie des localisations cérébrales un nouvel appoint de preuves empruntées à l'étude anatomoclinique de la périencéphalite.

L'étude de cette redoutable maladie semble d'ailleurs avoir eu le don de le fasciner, tant elle l'attirait. La même année 1879, vit paraître de lui deux nouveaux mémoires, dont le premier, traitant des rapports entre la syphilis et la paralysie générale, soulève une question, aujourd'hui plus que jamais à l'ordre du jour, mais sur laquelle le désaccord semble s'accroître entre les observateurs, à mesure qu'on la creuse davantage; le second est consacré à la relation de deux observations de périencéphalite diffuse avec hémiplegie franche, persistante, due à des lésions en foyer. On sait la rareté de ces cas; ils méritent d'autant plus d'être enregistrés.

Une activité si féconde, un dévouement sans bornes aux malades, tant de services rendus à la science et à l'administration devaient recevoir leur juste récompense. Le ministre de l'intérieur ayant déclaré la vacance d'une place d'inspecteur général des établissements d'aliénés, chargea une commission, où les médecins se trouvaient en majorité, d'examiner les titres des candidats. Foville se présenta au concours, fut classé le premier et nommé par un arrêté en date du 18 juin 1880.

Ce choix obtint l'approbation générale. Par sa situation scientifique et ses connaissances administratives, par sa grande équité et sa bienveillance bien connue, notre éminent collègue était tout désigné pour ces hautes et délicates fonctions. Il ne se dissimulait pas les difficultés de sa nouvelle tâche, se rendant compte

des nouveaux devoirs et des graves responsabilités qui lui étaient imposés. Ami du progrès, mais ennemi de la routine, il appuya de tout son pouvoir les améliorations que lui signalaient nos confrères des asiles. Partout et toujours il défendit les droits de la médecine, se montra d'une justice éclairée et d'une honnêteté scrupuleuse, résolut les difficultés avec un tact exquis. Il aimait passionnément ce rôle d'arbitre et de conseiller, qui lui permettait d'introduire des réformes, de concilier les différends, et surtout de faire le bien.

Sans doute Foville aurait voulu accomplir davantage; mais, comme saint Augustin l'a si bien dit de la félicité, toute fonction publique, pour être pleinement efficace, demande deux choses : pouvoir ce qu'on veut, vouloir ce qu'il faut. Ce qu'il faut pour l'amélioration du service des aliénés, l'expérience l'avait appris à Foville; il ne manquait aucune occasion, écrits destinés à la publicité ou rapports adressés à l'administration, pour critiquer ce que nos établissements de bienfaisance ou nos services d'assistance publique avaient de défectueux. Le désir du mieux dans la sphère de son activité ne lui manquait pas; mais, en sa qualité d'agent consultatif, il ne lui appartenait pas de faire exécuter, il n'avait pas la puissance de pouvoir ce qu'il voulait. Et cependant, il faut le reconnaître, Foville, qui avait à un très haut degré le don de la persuasion, possédait aussi cette puissance de la volonté honnête et réglée, qui arrive à briser les obstacles et à faire exécuter ses desseins. Lorsqu'il était convaincu de son bon droit, qu'il s'agissait surtout d'une œuvre de bienfaisance, il ne se rebutait pas d'un premier échec; il cherchait, et il trouvait sûrement des arguments nouveaux qui lui assuraient la victoire. Que de faits pourraient être cités à l'appui de ce que nous venons de dire, si les cartons du ministère de l'intérieur voulaient bien nous livrer quelques-uns de leurs secrets!

Le 10 mars 1881, le ministre de l'intérieur nommait une commission extra-parlementaire « chargée d'étudier » les réformes que peuvent comporter la législation et les règlements concernant les aliénés. Foville en fit partie; il en devint bientôt un des membres les plus actifs. Nul n'était, par ses travaux antérieurs et ses

vastes connaissances pratiques, mieux en mesure de discuter ces questions si ardemment controversées. Dès 1870, alors que la loi du 30 juin 1838 était violemment attaquée par la presse, que les dénonciations de séquestrations arbitraires s'accumulaient, sous forme de pétitions, sur le bureau du Sénat impérial, il avait admirablement résumé dans une excellente brochure les critiques dont cette loi était l'objet et indiqué les améliorations qui pouvaient y être apportées. Cette brochure eut un tort grave, celui de paraître quelques mois à peine avant l'explosion des événements de l'année terrible : elle passa presque inaperçue. Relue aujourd'hui, à la lumière de ce qui s'est passé depuis, on y voit que sur un point capital, celui qui préoccupe surtout l'opinion publique, les formalités d'admission des aliénés, Foville préconisait déjà le remède, que nos législateurs actuels désirent faire prévaloir. Il le formulait de la façon suivante : « Faire cesser l'isolement dans lequel se trouvent les « médecins aliénistes quand il s'agit de défendre la loi « de 1838 et ses applications, et pour cela associer à leur « responsabilité et rendre solidaires de leur pratique les « magistrats, qui, aujourd'hui, sont souvent disposés à « se tourner contre eux, faute d'être suffisamment initiés à ce qui se fait dans les asiles et d'y avoir une « participation suffisante ; faire, en un mot, que cette « œuvre soit en partie la leur, afin qu'ils la défendent « au lieu de l'attaquer. »

Mais dans quelle forme le magistrat interviendrait-il ? Prononcerait-il un arrêt ? Prendrait-il une décision ? Délivrerait-il une autorisation ? Donnerait-il un ordre ? Nullement. Protecteur des droits des citoyens, et notamment de la liberté individuelle, le magistrat ne devrait être chargé que d'une chose, du contrôle des décisions prises par la famille ou par l'autorité administrative. « Prévenu qu'on a l'intention de placer tel individu dans un asile d'aliénés, et mis en demeure de se « prononcer sur cette mesure, il déclarerait qu'après vérifications faites, *il ne s'oppose pas* à ce que le placement ait lieu ; sa déclaration *ne serait pas motivée.* »

Même sous cette forme mitigée, l'intervention de la magistrature dans le placement des aliénés soulève de nombreuses difficultés pratiques ; moins graves cepen-

dant que celles qui naîtraient de l'examen direct par le magistrat, soit avant le placement, en plein prétoire, selon le vœu de certains esprits radicaux, soit après l'entrée du malade dans l'asile où il ne deviendrait tributaire des soins du médecin qu'après cette sorte d'estampille officielle.

Tout en cherchant ainsi les perfectionnements qui pourraient être apportés à notre loi sur les aliénés, Foville fut amené à étudier les législations en vigueur à l'étranger. Celles, si nombreuses et si diverses, adoptées dans les divers États de l'Union américaine, attirèrent tout particulièrement son attention. On ne saurait trouver une collection plus complète de lois différentes, sur un même sujet; c'est une véritable marqueterie législative, où le bon se trouve à côté du mauvais, où surtout l'on voit que la peur d'un mal — la séquestration arbitraire — « conduit dans un pire », la constitution d'un jury prononçant le verdict de folie.

La comparaison entre la législation française et celle des différents États de l'Union américaine n'est donc pas de nature à nous inspirer de regrets; elle est toute à notre avantage: la loi du 30 juin 1838 se montre plus libérale ou plus prévoyante, elle a surtout une qualité fondamentale aux yeux du médecin: le respect du malade et le secret des familles.

Mais quel que soit l'intérêt de ces études de législation comparée, faites dans le cabinet, c'est sur place qu'on se rend le meilleur compte du mécanisme d'une institution, qu'on en apprécie le mieux les avantages et les inconvénients. Foville l'avait bien compris; aussi, dès qu'une occasion se présentait, il s'empressait de la saisir pour compléter son instruction théorique. Lorsqu'en août 1881, un Congrès médical international se réunit à Londres, il obtint une mission du ministre de l'intérieur pour étudier le régime des aliénés en Angleterre et en Ecosse; il en rapporta des notes nombreuses qu'il utilisa plus tard.

Le 25 novembre 1882, le gouvernement déposa, sur le bureau du Sénat, un projet de loi portant révision de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés. La commission nommée par la Chambre haute pour examiner ce projet, après en avoir fait une étude approfondie, après

avoir provoqué les dépositions de tous nos maîtres en médecine mentale, prit la résolution de faire une enquête sur la législation qui régit cette matière si importante et si délicate en Belgique, en Hollande et dans les Iles Britanniques. Elle délégua dans ce but son président et son secrétaire, ainsi que quatre autres de ses membres ; Foville fut invité par le ministre de l'intérieur à se mettre à la disposition de la commission et à l'accompagner dans son voyage.

Il ne nous appartient pas de faire le récit de cette excursion scientifique ; on peut dire que notre regretté collègue en fut le véritable cicérone. Ses connaissances techniques, la réputation universelle que ses importants travaux lui avaient acquise, son habitude de la langue anglaise, toutes ses qualités personnelles faisaient de lui le meilleur guide qu'on pût trouver ; les membres du Sénat qu'il accompagnait furent unanimes à le reconnaître. Notre vénéré vice-président, M. Théophile Roussel, s'est fait l'écho des sentiments de ses collègues, dans ce passage de son remarquable rapport sur la revision de la loi sur les aliénés : « Les délégués de la Commission, qui ont visité avec M. l'inspecteur général « Foville l'Angleterre et l'Écosse, ont pu, dans cette « excursion que sa présence a rendue aussi instructive « que facile, apprécier à quel point il s'est, de longue « date, familiarisé avec les hommes et les choses de ces « deux pays. »

Foville ne revint pas les mains vides de cet intéressant voyage ; il rapporta le complément des notes prises en 1881 et, à l'aide de ces documents, il rédigea une œuvre excellente, qui fut annexée au Rapport de M. Th. Roussel.

Cette étude sur la législation relative aux aliénés en Angleterre et en Écosse fut pour la plupart d'entre nous une révélation. On ne se doutait pas d'un pareil dédale, au milieu duquel les personnes les plus expérimentées ont beaucoup de peine à se reconnaître. Grâce au fil conducteur que notre collègue nous a remis entre les mains, nous arrivons à nous diriger dans ce labyrinthe de lois, dont les plus anciennes remontent à plus d'un siècle, dont la plupart sont en partie abrogées et restent en partie en vigueur. Cette complexité et cette incoordination, tout

ce formalisme excessif étonnent avec raison des esprits, habitués comme les nôtres à l'unité et à la simplicité de la législation, et l'on ne peut s'empêcher de se rappeler cette parole profonde de Montesquieu : « Les formalités de la justice sont nécessaires à la liberté. Mais le nombre en pourrait être si grand qu'il choquerait le but des lois mêmes qui les auraient établies : les affaires n'auraient point de fin... »

Ses innombrables écrits sur la médecine mentale, la législation et l'assistance publique des aliénés pourraient faire supposer que Foville était uniquement et entièrement occupé de sa spécialité ; il n'en est rien. Aucune des grandes questions scientifiques de notre époque ne lui était étrangère ; je n'en donnerai pour preuve que ces revues anthropologiques qu'il inséra dans les *Annales médico-psychologiques*, où, avec une indéniable compétence et un esprit critique supérieur, il aborda tous les problèmes si controversés de l'origine et de la descendance de l'homme.

Et comme si toutes ces occupations si nombreuses et si absorbantes ne suffisaient pas à son infatigable activité, il accepta encore, sur les instances de confrères et d'amis qui connaissaient son désintéressement ainsi que son dévouement aux choses publiques, la succession du D^r Amédée Latour au secrétariat général de l'Association des médecins de France ; il ne savait pas résister lorsqu'il s'agissait de faire du bien, d'être utile, de contribuer au succès d'une œuvre philanthropique. Comme tout ce qu'il entreprenait, il remplit ces fonctions purement honorifiques avec zèle et amour, ne ménageant ni son temps, ni sa peine, profitant de ses tournées d'inspection pour étudier sur place les questions litigieuses, se mettant en rapport avec les sociétés locales et rapportant toujours son portefeuille bourré de documents qui lui servaient à la rédaction des quelques rapports, si nourris de faits et d'idées, qu'il eut l'occasion de communiquer aux assemblées générales annuelles de l'Association.

Foville était doué d'une grande vivacité d'esprit, unie à la fécondité. Il n'était pas de ces intelligences vives mais stériles, parce qu'elles ne savent pas suivre une idée. Dès qu'il avait abordé un sujet, il s'appliquait

à le pénétrer, à en bien marquer les limites, et il ne l'abandonnait plus avant d'en avoir tiré ce qu'il pouvait produire. Si la conception était prompte, l'exécution était rapide. Tous ces travaux d'une si merveilleuse lucidité, d'un style clair, net et précis, étaient écrits d'un seul jet ; les manuscrits avaient peu ou point de ratures. Cette facilité de travail trouvait des aides puissantes dans une mémoire sûre et fidèle, dans des procédés d'ordre et de méthode, devenus une seconde nature, surtout dans une érudition étendue et peu commune, qui nourrissait et vivifiait les résultats de l'observation clinique.

Il aimait l'art sous toutes ses formes, et il en dissertait volontiers. Son goût était fin et sûr, son admiration raisonnée, mais non exclusive. Dans ses jugements sur les œuvres d'imagination, on retrouvait cette netteté et cette justesse qui étaient les facultés maîtresses de son esprit. Il avait une prédilection marquée pour l'architecture et appréciait tout spécialement celle du moyen âge et de la Renaissance ; il s'arrêtait plus volontiers devant les monuments de ces deux époques, dont sa chère Normandie lui fournissait de si beaux spécimens, et en détaillait avec amour les beautés. Pour connaître ses sentiments sur ce sujet, il suffit de lire l'éloquent discours qu'il prononça, en 1878, comme président de l'Académie nationale des sciences, belles-lettres et arts de Rouen, sur l'architecture du xv^e siècle et de la première moitié du xvi^e. On y verra avec quelle éloquence entraînante il y parle de l'art gothique, avec quelle chaleur il en demande le rajeunissement pour le voir appliquer à la construction d'édifices modernes civils ou religieux.

Comme tous les hommes d'étude, Foville goûtait peu le monde ; il s'y montrait froid, réservé, même timide. Pour détendre son esprit, le reposer d'un labeur forcé, il préférait la douce intimité de la famille, à laquelle il conviait quelques amis. C'est dans ces réunions qu'il se révélait vraiment tel qu'il était : bon, bienveillant, se dépensant en saillies les plus inattendues, heureux de l'affection qu'on lui portait et le faisant voir. Sa nature, qu'on se représente si volontiers vive et emportée, était essentiellement aimante et enthousiaste. Il n'avait à

aucun degré ce scepticisme railleur qu'on se plaît à afficher pour les sentiments ou pour les idées élevées ; il croyait au contraire que toutes les belles et nobles passions embellissent l'existence et il les entretenait en lui.

Si, d'après un moraliste du siècle dernier, la vertu est « un effort généreux contre soi-même en faveur des autres », Foville fut vraiment un homme vertueux ; mais, chez lui, ce sentiment, cette inclination au bien, cet amour pour l'humanité exigeaient peu d'effort, car ils étaient dans son cœur. Nul n'a semé plus de bienfaits autour de lui ; et ils m'eurent vaudraient, tous ceux qu'il a aidés de ses conseils, de son influence ou de sa bourse, si je ne rappelais ici à quel degré son cœur était bon et dévoué, sa bienfaisance large et discrète.

Foville avait le droit de compter sur l'avenir que semblaient lui promettre ses forces physiques et l'activité de plus en plus féconde de son esprit. Aussi fut-il très vivement impressionné lorsqu'il constata chez lui les premiers symptômes d'une néphrite ; il eut cependant assez de force d'âme pour ne pas alarmer son entourage. Il ne put se résoudre à un repos forcé du corps et de l'esprit, si nécessaire, que tous ses amis lui recommandaient ; c'eût été avouer la gravité de son état. Sauf son régime, il ne modifia rien à ses habitudes de travail, continuant ses tournées d'inspection générale et préparant un ouvrage sur les institutions de bienfaisance, dont il ne devait pas voir la publication.

Lorsqu'en novembre 1887, il revint d'une tournée dans le Midi, plus longue et plus fatigante, il dut s'aliter : le mal s'était considérablement aggravé, on se trouvait en présence des premiers symptômes d'une intoxication urémique. Alors commença une lutte terrible entre cette constitution si robuste et la mort, l'issue n'en pouvait être douteuse ; il n'était au pouvoir ni de la science ni du dévouement de la modifier.

Les souffrances furent terribles, intolérables ; dans les quelques moments de répit qu'elles lui laissèrent, notre malheureux confrère, comme se reprenant à la vie, parlait de ses travaux, réclamait ses amis, s'occupait avec intérêt de tous ceux qui lui étaient chers. Mais la maladie continuait ses ravages. Foville, sentant

sa fin prochaine, voulut préparer lui-même l'exécution de ses dernières dispositions ; avec un courage et une force d'âme admirables, il tint à donner à ses proches lecture de son testament, qu'avec une rare stoïcisme il avait rédigé dès la première constatation de son mal, et par lequel il faisait des legs importants à l'Association générale des médecins de France et à l'Association mutuelle des médecins aliénistes ; il en commenta chacune des clauses, avec une lucidité et un sang-froid qui frappèrent toute l'assistance ; les adieux à sa famille, à ses amis, furent déchirants. Les mots, sont impuissants à rendre cette scène poignante où notre collègue se montrait calme, souriant, prodiguant les consolations, alors que tous autour de lui éclataient en sanglots.

Le 15 décembre 1887, après une longue et douloureuse agonie, il rendit le dernier soupir, âgé de cinquante-sept ans moins trois mois.

Cuvier, parlant de l'illustre chimiste Fourcroy, fauché au même âge par l'impitoyable mort, s'écrie : « C'est ainsi que les hommes les plus actifs sont trop souvent arrêtés au milieu de leur carrière ; heureux « du moins ceux dont il peut rester quelques vérités « nouvelles, quelques établissements utiles, le souvenir « de quelque bien fait à leurs contemporains. » Foville, lui, est un de ces heureux : les annales de notre science sont remplies de ses recherches ; son influence a été salubre, non seulement sur les questions de législation et d'assistance relatives aux aliénés, mais sur les institutions de bienfaisance en général ; quant au bien, il l'a fait largement, et par son exemple et par ses actes. A tous, il nous laisse le souvenir d'un collègue d'une rare intelligence et d'une parfaite honorabilité ; à quelques privilégiés, celui de l'ami le plus affectueux et le plus dévoué.

M. TH. ROUSSEL, *vice-président*, déclare s'unir de tout cœur aux éloges si mérités décernés à Ach. Foville par M. Ritti dans son éloquent discours. Il dit, en termes émus, quel esprit supérieur était Foville et combien vivement sa perte a été ressentie par tous ceux qui ont pu, comme lui, apprécier ses grandes qualités ; notre si

regretté collègue laisse à tous ceux qui l'ont connu un inoubliable souvenir.

La séance est levée à six heures.

PAUL GARNIER.

SÉANCE DU 25 MAI 1891.

Présidence de M. BOUCHEREAU.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance et présentations d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

Une lettre de MM. Mabile et Lallemant remerciant la Société de la récompense qu'elle leur a décernée à l'occasion du concours Aubanel.

La correspondance imprimée comprend :

1° *Les neurasthénies psychiques*, par E. Régis.

2° Le numéro de mai de la *Revue de l'hypnotisme*.

Rapport sur les candidatures au titre de membre titulaire.

M. GILBERT BALLET. — Messieurs, à la séance du 23 mars dernier, vous avez nommé une Commission composée de MM. J. Falret, Jules Voisin et G. Ballet, à l'effet de vous présenter une liste de candidats pour les quatre places vacantes de membres titulaires.

La Commission s'est trouvée en présence de six candidatures, celles (par ordre alphabétique) de MM. Déricq, Huet, Joffroy, Semelaigne, Sérieux et Sollier.

La première question qu'elle a eu à se poser était celle de savoir si les divers candidats remplissaient les conditions d'éligibilité imposées par les statuts. La Commission en effet a été unanime à penser que le respect rigoureux des règlements qui les régissent, cons-

titue la sauvegarde des sociétés comme celle-ci. Ce serait, à son avis, s'engager dans la plus fâcheuse des voies que de faire plier ces règlements au gré des circonstances. Si de pareils errements ont pu avoir lieu dans le passé, plutôt à la vérité par mégarde que de propos délibéré, nous ne pensons pas que la Société ait eu à s'en louer. Des statuts existent, ils doivent être respectés, c'est au moins l'avis de votre commission.

Aussi bien, regrettons-nous vivement d'avoir été obligés, en vertu de ce principe, dont personne certainement ici ne critiquera le rigorisme nécessaire, d'éliminer la candidature de notre excellent confrère M. Dericq.

L'article 2 des statuts dit que la Société se compose de membres *titulaires* ou *résidants*. C'est donc quatre membres résidants que vous avez à nommer. Or, quelque désir que votre Commission ait eu de forcer les textes au profit d'un candidat des plus sympathiques, il ne lui a pas été possible de considérer comme résidant M. Dericq, qui est actuellement médecin-adjoint de l'asile de Prémontré. Agir autrement, c'eût été ouvrir la porte à des abus dont vous prévoyez les conséquences. Et nous sommes convaincus que tous les membres de la Société, sans exception, seront de notre avis, s'ils veulent bien, comme les membres de la Commission, oublier un instant les questions de personne, pour apprécier la situation d'un point de vue plus élevé et plus impartial.

Cinq candidats répondent aux conditions prévues et exigées par les statuts.

La Commission, après avoir pesé leurs titres et leurs travaux, qui sont d'ailleurs connus de chacun d'entre vous, a cru devoir présenter : en première ligne, M. Joffroy, en deuxième ligne, M. Sollier, en troisième ligne, M. Huet.

Pour la quatrième place, elle se trouvait en présence des candidatures de MM. Sérieux et Semelaigne.

M. Sérieux, médecin adjoint de l'asile de Vaucluse, a été naguère récompensé par la Société pour son mémoire sur l'état mental et le délire chez l'idiot et l'imbécille. Ses recherches cliniques sur les anomalies de l'instinct sexuel, son récent et très intéressant travail

sur le délire chronique à évolution systématique, constituent des titres de réelle valeur.

D'autre part, M. Semelaigne, ancien interne des hôpitaux, chef de clinique adjoint de la Faculté, auteur d'une thèse très remarquée sur Ph. Pinel, déjà d'ailleurs membre correspondant de la Société, ne pouvait pas ne pas être indiqué à vos suffrages.

En conséquence, la Commission a pensé devoir vous présenter *ex-æquo* pour la quatrième place, MM. Sérieux et Semelaigne.

La Société, après une courte discussion, accepte les conclusions du rapport de M. Gilbert Ballet et admet en principe que les médecins des asiles d'aliénés de la Seine sont considérés comme résidants.

Le vote donne les résultats suivants :

Votants.	26
MM. JOFFROY.	26 voix.
SEMELAIGNE.	20 —
SOLLIER.	19 —
HUET.	17 —
SÉRIEUX.	12 —
DÉRICQ.	1 —

En conséquence, MM. Joffroy, Semelaigne, Sollier et Huet sont nommés membres titulaires.

Rapports de candidature.

M. BRIAND. — Messieurs, vous avez chargé une Commission composée de MM. Bouchereau, Saury et Briand, rapporteur, de vous présenter un rapport sur la candidature de M. le Dr Blin, médecin-adjoint de l'asile d'Évreux, au titre de membre correspondant de notre Société.

La tâche me sera facile, car M. Blin n'est pas un inconnu parmi nous : Ancien externe des hôpitaux, ancien interne des asiles de la Seine, voici déjà plusieurs années que, après de solides études de pathologie générale, il a porté plus spécialement ses recherches du côté des maladies nerveuses et mentales. Dès 1887, étant dans le service de M. le professeur Charcot, il a pris

une part active à la publication des *Leçons du Mardi* à la Salpêtrière : l'année suivante le trouve de nouveau collaborateur à cette publication.

Vers cette époque, il publia dans les *Archives de médecine*, en collaboration avec M. Blocq, un travail de revision sur l'histoire de l'athétose double ; puis, presque en même temps, dans la *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, un mémoire très étudié sur les troubles nerveux consécutifs aux fractures de l'extrémité supérieure du péroné.

L'année dernière, à pareille époque, notre Société lui décernait une mention honorable pour son mémoire sur les idées de persécution dans la mélancolie. C'est l'étude de cette même idée de persécution qu'il a reprise pour en faire le sujet de sa thèse inaugurale. Dans ce travail, M. Blin, après une intéressante étude de l'idée de persécution en soi, comme symptôme, poursuit cette idée de persécution chez les dégénérés, chez les persécutés vrais et chez les mélancoliques. L'auteur indique, par une série d'observations toutes personnelles, que, dans chacune de ces entités morbides, l'idée de persécution présente des caractères distinctifs précis, et dans son début, et dans sa période d'état, et dans son évolution : chez le dégénéré, elle débute subitement, sans prodromes, puis, une fois installée, varie sans cesse, se mélange à des idées ambitieuses, hypocondriaques, et disparaît rapidement pour reparaître quelque temps après avec les mêmes caractères. Chez le persécuté vrai, l'idée de persécution apparaît lentement après une période d'inquiétude préalable ; elle se systématise, devient précise dans ses moindres détails, revêt un aspect de vraisemblance et emprunte au caractère égoïste du malade des allures particulières ; plus tard, elle peut s'atténuer au milieu d'idées ambitieuses et disparaître dans la démence. Chez le mélancolique, l'idée de persécution se greffe le plus souvent sur le délire mélancolique, mais elle reste à l'état d'ébauche simple, sans détails, en même temps que le malade s'accuse et réagit contre lui ; puis elle disparaît avant le délire mélancolique, en laissant après elle une amnésie spéciale aux faits qui la concernent.

Sans insister plus longuement sur les travaux de

M. Blin, je rappellerai qu'il y a quelques mois, M. Blin, après un concours très brillant, fut classé le premier parmi les candidats au titre de médecin-adjoint des asiles d'aliénés. Messieurs, M. Blin nous paraît donc à tous les égards digne d'appartenir à votre Société : aussi votre Commission vous propose-t-elle de lui décerner le titre de membre correspondant de la Société médico-psychologique, qu'il sollicite en attendant que vous vous l'attachiez par des liens plus étroits.

Conformément à ces conclusions, M. Blin est, à la majorité des membres présents, nommé membre correspondant.

M. VALLON. — Messieurs, vous avez chargé une Commission composée de MM. Bouchereau, Ritti et Vallon, d'examiner les titres de M. le D^r Eugène Beugnies-Corbeau, de Givet, qui vous a demandé de vouloir bien le nommer membre correspondant de notre Société. Au nom de la Commission, je viens vous faire un exposé succinct des mémoires que notre distingué confrère a envoyés à l'appui de sa candidature.

C'est d'abord sa thèse de doctorat sur la *vaccine ulcéreuse*, soutenue à la Faculté de Paris en 1878. L'auteur y étudie les ulcérations qui surviennent à la suite du virus vaccinal, dans les points où ont été pratiquées les piqûres, ulcérations qui n'ont aucun rapport avec la syphilis et qui reconnaissent des causes locales telles que l'irritation des piqûres, mais surtout des causes générales : le très jeune âge, la débilité native, le milieu hospitalier.

M. Beugnies-Corbeau a fait toute une série d'intéressants travaux qui dénotent de sa part des connaissances étendues en urologie ; ils ont paru dans diverses publications ; voici le titre des plus importants :

1° Réduction de la liqueur de Fehling par quelques substances urinaires récemment étudiées (1888).

2° Albumines, glycose, levulose urinaires (1888).

3° Albumines, albuminuries, peptonurie, traitement (1885).

4° Traitement rationnel du mal de Bright (1885).

5° Esquisse critique sur la recherche de l'albuminurie (1889).

6° Étude sur l'équivalent de la désassimilation urinaire.

7° Valeur considérable de la densité corrigée de l'urine dans les affections du vin.

8° Opinions générales actuellement admises sur le symptôme albuminurie.

9° Albumine d'origine gastro-hépatique.

10° A quelle limite commence l'excrétion exagérée ou insuffisante des principes normaux de l'urine.

11° Les œufs et l'albuminurie.

12° Urémie mortelle méconnue avec épistaxis et arthropathies pseudo-rhumatismales.

Mais il s'en faut que ces recherches un peu spéciales aient absorbé toute l'activité scientifique de M. Beugnies-Corbeau et je dois citer encore à son actif les mémoires suivants :

La fièvre typhoïde et la question des eaux.

De la phlébothrombose dite marastique dans ses rapports avec les autres maladies.

Recherches historiques, expérimentales et thérapeutiques sur la coca. Ce travail, paru en 1884 dans le *Bulletin de Thérapeutique*, est, je crois, le premier article de fond publié en France sur ce sujet.

Enfin, comme se rapportant plus particulièrement à notre spécialité :

Influence du système nerveux sur les glandes rénales.

Considérations sur la sciatique et son traitement.

Les désordres tabagiques et leur traitement (1889).

Vous le voyez, messieurs, le bagage scientifique de notre confrère est considérable. Aussi votre Commission n'a-t-elle pas hésité de vous proposer d'accorder à M. Beugnies-Corbeau le titre qu'il sollicite. En l'admettant parmi vos membres correspondants, vous vous attachez un collaborateur actif et distingué, digne à tous égards de faire partie de notre Société.

Conformément à ces conclusions, M. Beugnies-Corbeau est, à l'unanimité des membres présents, nommé membre correspondant.

Présentation d'une nouvelle sonde œsophagienne.

M. TARGOWLA. — Le moyen d'alimentation forcée des aliénés le plus usité dans les asiles, est le cathétérisme

par les fosses nasales au moyen d'une sonde œsophagienne.

Les dangers de cette opération peuvent se réduire à deux principaux : c'est d'abord l'ulcération ou même la perforation de la muqueuse du pharynx, au point où la sonde doit se recourber en sortant des fosses nasales pour pénétrer dans le pharynx, et partant la création de fausse route dans le tissu cellulaire périœsophagienne.

Le second est l'introduction de la sonde dans le larynx et la trachée.

Les symptômes indiqués par Baillarger pour reconnaître que l'instrument a pénétré dans le larynx : anxiété du malade, le bruit que fait l'air traversant la sonde, l'aphonie, etc., utiles dans un grand nombre des cas, sont souvent insuffisants.

Certains mélancoliques anxieux, les malades en stupeur, les vieux déments ne répondent pas aux excitations de corps étrangers pénétrant dans le larynx.

L'insufflation d'air dans la sonde et l'auscultation de la région épigastrique et des parois thoraciques, proposées par Foville, sont impraticables dans la majorité des cas.

Il existe un signe, qui peut être qualifié de pathognomonique, pour reconnaître l'introduction de la sonde dans l'œsophage, sur lequel nous voulons aujourd'hui, après M. Briand, attirer l'attention.

Lorsque la sonde se trouve dans l'œsophage, elle y pénètre facilement de toute sa longueur et peut y être introduite *indéfiniment* (1); tandis qu'elle est forcément arrêtée par la bifurcation de la trachée ou dans une des bronches.

Cette indication, basée sur l'anatomie de la région, est saisissante par sa simplicité. Elle impose à toutes les sondes œsophagiennes, de quelque système que ce soit, une propriété nécessaire, indispensable : une sonde œsophagienne doit être longue, très longue, 60, 80 centimètres et même 1 mètre ne nuit pas à la chose. Les

(1) Nous faisons abstraction de l'atrésie organique de l'œsophage.

sondes longues ont encore cet avantage qu'elles permettent de faire un lavage stomacal, s'il y a lieu.

Le bec de la sonde qui vient heurter la paroi postérieure du pharynx, pour ne pas provoquer des désordres, doit être mou, élastique, il doit être surtout lisse et mousse.

Il nous semble que ce côté de la question a été complètement délaissé par les inventeurs et les fabricants de sondes.

Les sondes dont on se sert habituellement dans les asiles ont des extrémités pointues, rugueuses, dures et inflexibles; il n'est pas rare de voir des malades qui ont été alimentés un certain temps à la sonde, avoir le pharynx ulcéré, enfoncé, délabré par l'instrument.

Une dernière particularité sur laquelle nous voulons attirer l'attention. Les sondes dont on fait habituellement usage ont toutes un pavillon, c'est-à-dire l'extrémité supérieure dilatée; ce qui nous paraît complètement inutile, sinon nuisible; attendu que cette extrémité dilatée empêche l'adaptation parfaite de la sonde à la canule de l'irrigateur. Il en résulte que le liquide alimentaire qui s'y trouve sous pression, fuit par l'extrémité supérieure de la sonde, sitôt que l'on ouvre l'irrigateur, et inonde aussi bien le malade que l'opérateur.

Tous ceux qui ont eu à pratiquer le gavage des aliénés en savent quelque chose.

Quelques mots encore sur la consistance des sondes.

Les sondes dont on se sert le plus souvent sont demi-rigides, peu élastiques, et facilement cassables. Ordinairement la sonde casse au niveau de l'œil de la sonde.

Ces sortes de sondes s'entament avec une facilité surprenante; rarement une sonde sert à plusieurs alimentations; souvent on casse une paire de sondes, avant de pénétrer dans l'œsophage du malade; ce qui est désastreux au point de vue économique.

Il nous semble que les sondes molles uréthrales, toutes proportions gardées, à parois plus épaisses, peuvent servir de modèle pour les sondes œsophagiennes.

Voici donc quels sont les desiderata d'une bonne sonde œsophagienne. Elle doit être très longue, son extrémité inférieure large, molle, lisse, élastique; elle doit être dépourvue de pavillon. Parois épaisses, orifice

suffisamment large pour admettre la canule à lavement des irrigateurs.

La sonde œsophagienne que nous avons trouvée, à notre arrivée dans le service de M. Briand à l'asile de Villejuif, paraît répondre aux indications rationnelles décrites plus haut.

Elle est longue de 65 à 75 centimètres, en caoutchouc rouge, molle, à parois épaisses, non cassable ; le bec est arrondi, mou, élastique ; elle est dépourvue de toute dilatation à son extrémité supérieure. Elle porte au niveau de son tiers supérieur un petit anneau qui indique le moment où le bec de la sonde arrive dans l'estomac, et permet de retirer la sonde, à l'ouverture de l'irrigateur, juste assez pour rester dans la cavité de l'estomac et ne pas faire buter le bec de la sonde contre la paroi stomacale.

L'emploi de cette sonde, dans les asiles, nous paraît devoir être généralisé ; elle est fabriquée par la maison Galante.

M. VALLON demande quelques explications complémentaires sur les avantages de la nouvelle sonde.

M. BRIAND. — Cette sonde est beaucoup plus longue que les modèles habituellement employés. A environ 35 centimètres de l'œil est un repère indiquant que la sonde est arrivée dans l'estomac. L'avantage qu'elle présente est le suivant : sa longueur permet de l'introduire plus profondément et d'avoir ainsi la certitude qu'on ne fait pas fausse route dans les voies respiratoires ; car si la sonde s'engageait dans la trachée, elle serait bien vite arrêtée par la bifurcation bronchique. Quand l'opérateur a introduit le tube jusqu'au second repère, situé dans le voisinage du pavillon, il le retire lentement jusqu'à ce que le premier repère apparaisse à l'orifice des fosses nasales et procède ensuite à l'injection des aliments liquides, comme dans le procédé ordinaire. La sonde peut de même servir aux lavages de l'estomac.

Atrophie partielle symétrique des hémisphères et porencéphalie du lobe frontal droit.

M. RITTI. — Messieurs, notre collègue, M. Salgó, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Budapest,

membre associé étranger de la Société, m'a chargé de vous présenter l'observation suivante, qu'il a déjà communiquée à la Société royale des médecins de Budapest, dans sa séance du 11 avril 1891 :

Homme de trente et un ans, depuis six mois dans l'asile royal des aliénés à Budapest. Idiot de naissance, il s'occupait cependant de travaux d'intérieur, mais n'a jamais été capable de gagner sa vie. Avant son admission, il était agité, incohérent et turbulent. Jamais il n'eut ni paralysie, ni convulsion. Dans l'asile, il se montra toujours agité, manifestant des idées hypocondriaques tout à fait puériles, mais jamais de troubles de la motilité, de la sensibilité ou de la parole.

A l'autopsie, je trouvai, faisant abstraction d'une hydrocéphalie interne très considérable, les circonvolutions temporo-médians et occipito-médians des deux côtés extrêmement et tout à fait symétriquement atrophiées. Il ne restait de ces deux circonvolutions qu'une masse mince comme un ruban de couleur blanche, dont la consistance ne présentait aucune altération remarquable et dans laquelle on ne distinguait ni l'écorce grise, ni la substance blanche. Avant d'ouvrir les ventricules, les parties susnommées, qui constituent la toiture de la corne postérieure du troisième ventricule, avaient l'air de kystes ; mais c'était le fait seulement du peu d'épaisseur de ces parties des hémisphères, qui étaient repoussées et fluctuantes par suite du liquide hydrocéphalique.

Outre cela, il se trouvait dans le lobe frontal de l'hémisphère droit, et près de son extrémité antérieure, une partie rétrécie à forme ombiliquée, paraissant être une atrophie porencéphalique. Le fond de cette porencéphalie était constitué par la substance blanche du lobe frontal.

Il n'y a pas de doute que ces résultats d'autopsie sont le fait d'une encéphalite de la première enfance, ou même fœtale, dans le sens de l'*agénésie secondaire* de Cazauvieilh. Surtout, en voyant d'une part une simple atrophie symétrique du plus haut degré des parties temporo-occipitales, d'autre part une porencéphalie, on ne pouvait douter que ce n'était pas les effets d'un arrêt du développement, selon l'opinion de Breschet, mais les conséquences d'un processus pathologique et spécialement d'une atrophie partielle à forme différente du cerveau par suite d'une encéphalite, selon l'opinion de Dugés et surtout de Lallemand. Ce cas démontre surtout que Cotard avait bien raison de

distinguer plusieurs effets des affections cérébrales de la première enfance (ou fœtales) aboutissant à l'atrophie partielle. Parce que, il va sans dire, dans notre cas, l'atrophie symétrique partielle des lobes temporo-occipitaux, ainsi que la porencéphalie du lobe frontal droit, si différentes que soient les formes de l'effet, sont pourtant les effets finals d'un même processus pathologique, d'une encéphalite.

Si nous ajoutons que Bourneville démontre que ce qu'on est convenu d'appeler l'*hémiatrophie cérébrale des enfants* se trouve le plus souvent chez les enfants idiots, et que Marie démontre de son côté que « l'hémiplégie spasmodique infantile » peut avoir des origines pathologiques très différentes, il résulte, si nous résumons toutes les données de notre cas, que ni la porencéphalie, ni l'atrophie cérébrale, quelque forme qu'elles aient, ne sont des maladies *sui generis*, pas plus que la soi-disant « hémiplégie cérébrale infantile ». La porencéphalie, l'atrophie simple, les ramollissements, les dégénération kystiques, les scléroses lobaires « plus ou moins étendues » de longue date ne sont que les différents effets d'un même processus pathologique du cerveau de l'enfant ou du fœtus. Et différents, comme les effets anatomiques, sont aussi les symptômes de ces dégénérescences. Les symptômes varieront selon les qualités topiques des parties cérébrales atteintes par la maladie. Dans un cas, nous aurons le syndrome de l'hémiplégie cérébrale « spasmodique ou flasque », infantile, si la destruction frappe les centres moteurs; dans un autre cas, nous aurons des mouvements choréiformes, de l'embarras de la parole avec de l'idiotie, et dans un autre cas encore nous n'aurons qu'une simple idiotie sans paralysies et sans convulsions, comme dans notre cas.

Neurasthénie tardive. — Idées obsédantes. — Ramollissement cérébral.

M. J. SÉGLAS. — Messieurs, dans une des dernières séances, M. Saury vous a communiqué, au nom de M. Journiac, l'observation d'un malade ayant présenté à un âge très avancé seulement des impulsions cons-

cientes. J'ai eu l'occasion d'observer un fait comparable et que je vous demanderai la permission de vous rapporter brièvement aujourd'hui.

Il s'agit d'un homme âgé de soixante ans, occupant une situation assez élevée dans une grande administration de l'État. Je n'ai pu me procurer de renseignements détaillés sur ses ascendants : j'ai pu savoir seulement que son père était mort à un âge avancé, soixante-quinze ans environ, d'une attaque d'apoplexie. La mère était migraineuse. Mon malade était fils unique. Sa femme hystérique, obèse, est morte paralysée à l'âge de cinquante ans. Il a eu trois enfants : l'un est mort de convulsions en bas âge. Une fille, âgée de vingt-cinq ans, intelligente, d'une santé faible, a un caractère un peu romanesque et présente les symptômes atténués de la maladie du doute. Un fils de vingt ans, d'une intelligence moyenne, est d'un caractère extrêmement mystique. Il a une asymétrie faciale des plus prononcées.

Au point de vue de ses antécédents personnels, M. A..., qui ne peut nous renseigner sur sa première enfance, nous assure n'avoir jamais été malade en aucune façon. Il est d'ailleurs très vigoureux, d'une taille assez forte et régulièrement constitué. Il est d'un caractère doux, très probe, intelligent et instruit, un peu méticuleux dans l'exercice de ses fonctions, mais n'a jamais eu jusqu'à ces derniers temps de « manies » spéciales.

Il y a quatre ans environ, M. A..., à la suite d'une période de surmenage intellectuel, fut pris de symptômes neurasthéniques très accentués.

C'étaient, du côté physique, une céphalée sus-orbitaire produisant une sensation de constriction et de pesanteur, des douleurs rachialgiques surtout au cou et au sacrum, de la faiblesse des jambes surtout le matin au réveil, de l'insomnie persistante, des vertiges peu intenses, mais presque permanents et rendant la marche très difficile ; des troubles dyspeptiques, tels que lenteur de la digestion, ballonnement de l'estomac, éructations. Du côté intellectuel, fatigue rapide, compréhension difficile, paresse de la mémoire.

Ces différents symptômes s'étaient très amendés sous l'influence d'un traitement approprié et le malade avait pu reprendre ses fonctions comme auparavant.

Il y a environ un an et demi, il eut une perte de connaissance de peu de durée et, à la suite, il constata un peu d'engourdissement et de faiblesse dans le côté gauche du corps. Il ne s'en inquiéta pas autrement ; mais il remarqua néanmoins que depuis ce temps sa jambe gauche est devenue de plus en plus faible.

Cette année, il y a six mois à peu près, à la suite de travaux

intellectuels excessifs et d'émotions provoquées par des deuils de famille, il recommença à se plaindre des mêmes symptômes éprouvés il y a quatre ans, et d'autres qu'il n'avait pas encore ressentis.

Il se plaint, lorsqu'il marche, non seulement d'avoir les jambes faibles, mais de sentir parfois une sorte d'oscillation du sol sous ses pieds. Il accuse également une céphalée en casque des plus nettes, les points les plus douloureux se trouvant à la nuque et au-dessus des sourcils, et des douleurs le long de la colonne vertébrale. En outre, ses digestions se font mal ; il gonfle après le repas, devient somnolent, éructations fréquentes, pas de vomissements ; constipation. En ce qui regarde les facultés intellectuelles, il se plaint de ne pouvoir travailler, de ne pouvoir même lire une lettre ou quelques lignes d'un journal, tellement le moindre effort d'attention le fatigue rapidement. Il se sent incapable de prendre la moindre détermination : à propos de l'exécution des actes les plus simples, il est assailli de doutes et de scrupules, qui, lorsqu'ils deviennent très intenses, s'accompagnent d'un sentiment d'angoisse très prononcé, et d'une douleur dans la région précordiale (dont le malade d'ailleurs se préoccupe beaucoup). C'est en somme une véritable folie du doute. J'ai été témoin de plusieurs accès de ce genre ; je ne citerai qu'un fait qui est caractéristique. Un jour, le malade, venu à ma consultation, était sorti et descendait l'escalier. Quelques minutes après, on sonne et l'on vient me prévenir que la même personne qui venait de sortir redemande à me parler. « Je vous demande pardon, me dit à peu près M. A..., de vous déranger encore et vous allez vous moquer de moi sans doute. Mais, en descendant l'escalier, l'idée m'est venue que la porte de votre appartement n'était peut-être pas fermée et je n'aurais pas été tranquille si je n'étais venu de nouveau sonner pour la faire ouvrir, afin de bien me convaincre qu'elle était bien et dûment close. Cela a été plus fort que moi et je vous prie de m'excuser, maintenant je suis rassuré. » D'un autre côté, M. A... a également la peur des voitures et c'est pour lui toute une affaire que de traverser une rue. Il est aussi agoraphobe et ne peut franchir une place, sans angoisse, qu'en faisant le tour. Tous ces symptômes sont tout récents, n'ont débuté qu'à la suite de sa dernière rechute et, jamais antérieurement, il n'avait rien éprouvé de semblable. J'ajouterai que ce malade a parfaitement conscience de son état : il s'en montre même très affecté ; il se décourage, craint de ne pas guérir et de ne pouvoir plus se livrer à des travaux intellectuels. Il a aussi des préoccupations hypocondriaques sur l'état de sa santé physique, mais est néanmoins accessible aux consolations et aux exhortations qu'on lui prodigue.

Je noterai enfin les troubles de la mémoire, assez complexes

et un peu particuliers, en ce sens que les uns sont conscients et les autres inconscients. Ainsi le malade constate lui-même qu'il a beaucoup de mal à se rappeler ce qu'il lit, ce qu'il fait, certains noms, certains événements et même, à ce qu'il dit, ce serait là souvent l'origine d'accès d'angoisse lorsqu'il ne se rappelle pas exactement s'il a fait telle ou telle chose, fermé sa porte, mis ses allumettes en lieu sûr, fermé sa caisse, etc... D'un autre côté, lorsqu'il parle, même dans ses moments de calme, il répète souvent plusieurs fois de suite la même chose et cela inconsciemment, ou bien oublie la réponse qu'on lui a faite et vous assure de la meilleure foi du monde, lorsqu'on le lui fait observer, qu'on ne lui a pas répondu.

Au point de vue organique on constate une diminution considérable de la forme musculaire du bras et surtout de la jambe gauche. Pas d'exagération des réflexes tendineux. Dans la marche, la jambe gauche est un peu traînée, se soulève moins facilement du sol et fléchit sous le poids du corps. Les artères radiales et temporales sont sinueuses et un peu résistantes. Au cœur, on peut constater un léger claquement du second temps aortique. Les urines sont normales. Cataracte double commençante.

En ce qui concerne le diagnostic, la neurasthénie me semble évidente chez ce malade et nous en trouvons la preuve dans la céphalée spéciale, la rachialgie, les vertiges, la sensation de faiblesse des jambes, les troubles dyspeptiques, etc...

D'un autre côté, il est également atteint d'une affection organique qui doit être rattachée au ramollissement cérébral, si l'on en juge d'après l'état de son système artériel, et qui a provoqué un ictus ayant laissé à la suite de la parésie très nette, surtout dans la jambe gauche.

Du côté intellectuel, il présente des idées obsédantes des plus caractérisées ainsi que vous l'avez pu voir par l'observation : mais il a d'autres troubles intellectuels. De ceux-là, les uns, comme les obsessions, sont conscients : c'est, par exemple, l'inaptitude au travail, l'incapacité de fixer l'attention, l'aboulie, certains des troubles de la mémoire (paresse de la mémoire, difficulté de retenir certains faits). Les autres sont inconscients : ce sont des défaillances de la mémoire, se traduisant surtout par des répétitions dans la conversation. Aussi, tandis que les premiers paraissent devoir être justiciables de la neurasthénie, les seconds me semblent surtout imputables au ramollissement cérébral.

Quant aux préoccupations hypocondriaques, elles me sembleraient plutôt devoir être du domaine de la neurasthénie, car elles se rattachent directement aux troubles neurasthéniques et aux obsessions, et d'un autre côté, notre malade, comme beaucoup de neurasthéniques hypocondriaques, présente ce caractère particulier qu'il se laisse, au moins sur le moment, assez facilement convaincre de l'exagération de ses craintes.

L'observation précédente pourrait donc se résumer ainsi : antécédents héréditaires ; rien, au moins à ce qu'on en peut savoir, dans les antécédents personnels ; en tout cas, jamais d'obsessions.

A l'âge de cinquante-six ans environ, première atteinte de neurasthénie ; deux ans et demi après, ictus apoplectique léger, mais ayant cependant laissé à sa suite une hémiparésie notable, surtout dans la jambe gauche et de la faiblesse intellectuelle. Un an et demi après, seconde atteinte de neurasthénie s'accompagnant cette fois d'obsessions conscientes (folie du doute, peur des espaces, des voitures...).

Ainsi que l'a fait remarquer M. Magnan à propos du malade de M. Jonrniac, le fait intéressant de cette observation est surtout l'apparition des obsessions à un âge avancé chez un individu n'ayant jamais présenté aucun symptôme de ce genre. L'éclosion de ces obsessions doit être, dans le cas actuel, rapportée aux accidents neurasthéniques et l'on sait aujourd'hui l'importance de la neurasthénie comme facteur étiologique des idées obsédantes. Sans le surmenage intellectuel, sans les émotions qui l'ont assailli et qui l'ont fait verser dans la neurasthénie, il y a tout lieu de supposer que mon malade, malgré ses antécédents héréditaires, et en égard à son âge avancé, eût pu continuer son existence sans devenir un obsédé. D'un autre côté, il est à remarquer que les idées obsédantes ne sont apparues qu'au second accès de neurasthénie et que, dans l'intervalle, il y a eu un ictus apoplectique dû sans aucun doute à un travail de ramollissement cérébral, et qui peut-être n'a pas été sans jouer également un rôle dans l'apparition des obsessions au second accès seulement de neurasthénie.

La séance est levée à six heures.

CHARPENTIER.

BIBLIOGRAPHIE

Physiologie de la veille et du sommeil; par S. Serguéeff.
2 vol. in-8°. Paris, F. Alcan, 1890.

Quelle est la cause intime du sommeil? En quoi consiste son mécanisme? Tel est le problème qu'aucun physiologiste n'a jusqu'à présent réussi à résoudre d'une manière satisfaisante, et à propos duquel Vulpian s'écriait naguère : Pourquoi ne pas nous résoudre? Il s'agit là d'un fait inexplicable par les données actuelles de la physiologie. Cette impuissance en face d'une fonction propre, à des degrés et avec des caractères différents, à tous les êtres vivants aussi bien à la plante qu'à l'animal, s'explique tout naturellement, selon M. Serguéeff, par le fait que les physiologistes ont jusqu'à ce jour cherché l'explication du phénomène du sommeil là où ils n'avaient aucune chance de la trouver, c'est-à-dire dans le système nerveux central et plus spécialement dans le cerveau; leurs recherches étaient donc d'avance frappées de stérilité. Le cerveau est sans doute l'organe dans lequel se manifestent en première ligne les actes de la veille et du sommeil; mais la cause première de ces actes n'est pas en lui, elle est ailleurs.

Le sommeil a comme caractères fondamentaux la nécessité et l'intermittence, caractères qui ne se retrouvent dans aucune des fonctions du myéleucéphale, mais sont, en revanche, propres aux fonctions nutritives ou végétatives. Ce fait indique à lui seul et *a priori* que les états de veille et de sommeil sont des fonctions de nature végétative et que leur cause première doit être cherchée dans un organe autre que le système nerveux central.

Actuellement, la science reconnaît deux grands groupes de fonctions végétatives, la nutrition et la respiration, avec les caractères essentiels suivants : 1° Toute fonction de l'ordre végétatif est un accomplissement nécessaire, nous venons de le dire, parce que sa suppression entraîne la mort de l'individu ; 2° Elle manifeste deux phases alternatives d'emprunt et de rejet, car elle doit satisfaire au double besoin de l'assimilation

et de la désassimilation; 3° La fonction assimilatrice suppose *eo ipso* une matière assimilable; 4° Elle exige un appareil (ou des appareils), capable de mener à bonne fin ces deux actes d'emprunt et de rejet sans lesquels l'assimilation ne serait pas possible; 5° Enfin, toute fonction de cette nature implique une série de mouvements nerveux, musculaires ou autres, au moyen desquels s'effectue l'absorption des matières empruntées au milieu ambiant et l'expulsion des déchets de désassimilation. En un mot : nécessité, intermittence, aliment, organe et mécanisme, telles sont les cinq conditions fondamentales auxquelles on peut reconnaître chez les espèces supérieures tout groupe fonctionnel ressortissant aux fonctions végétatives conservatrices de l'individu. Or la nécessité et l'intermittence du sommeil étant prouvées, il reste, si l'on veut mettre hors de doute la nature végétative de ce phénomène, à dégager trois inconnues : l'aliment, ou la substance; l'organe, et enfin le mécanisme de l'intermittence.

L'aliment, ce mot étant pris dans un sens tout à fait général, tombe-t-il sous le sens? Est-il visible, pondérable? Non. « Il doit être un agent impondérable et ne peut être dans ce cas qu'une forme éthérée, sthénique ou dynamique ». Tous les organismes baignent dans un milieu thermique électrique et lumineux nécessaire à la vie; privez-en l'individu, il meurt. « Comme le poulmon, continue M. Serguéeff, est une membrane de transaction au point de vue de l'échange gazeux, de même l'épiderme en figure une semblable pour l'échange dynamique, et il est facile de s'en convaincre pour peu qu'on ait présent à l'esprit le genre de mort auquel succombent les animaux vernissés, genre de mort de tous points semblable à la mort par inanition ou par asphyxie lente dans un espace confiné. Déjà, en 1863, Louis Lucas dans sa *Médecine nouvelle* avait émis une hypothèse semblable; il admet explicitement que le sommeil constitue une phase d'élimination fluidique, mais il ne se préoccupe ni de l'organe qui en est le siège, ni de son mécanisme. »

Et maintenant cet organe, quel est-il? M. Serguéeff le trouve dans le grand sympathique. « Il nous faut, dit-il, un organe nécessaire, végétatif et presque totalement nerveux, mais dont en revanche, la fonction principale demeurerait encore, à tous égards, indéterminée. Or, un organe existe qui satisfait à ces conditions et, comme nous l'avons vu, c'est précisément l'appareil sympathique ou ganglionnaire. Les ganglions seraient donc des organes assimilateurs d'une force éthérée sthénique

ou dynamique, et cette œuvre s'exercerait par deux phases alternantes d'emprunt et de rejet, qui sont la veille et le sommeil..... Le système sympathique est abondamment pourvu de cette substance ganglionnaire qui, dans le myélocéphale, est considérée comme étant la source productrice de toutes les innervations, et par suite l'histologie n'interdit en aucune façon d'envisager au même titre les ganglions comme des réservoirs plus ou moins autonomes d'une force dynamique quelconque, laquelle deviendrait énergie nerveuse par une de ces actions métaboliques dont parle si souvent le professeur Luys. Au point de vue de la disposition anatomique, le système du grand sympathique, avec ses plexus et ses ramifications suivant les artères jusqu'à leur épanouissement terminal, offre une grande analogie avec le système de la circulation, c'est-à-dire avec un appareil végétatif d'importance capitale. »

Enfin, l'organe étant trouvé, son mécanisme consiste essentiellement : 1° en un mouvement ou influx centripète, qui manifesterait l'emprunt de la force dynamique; 2° en un mouvement inverse ou centrifuge, qui répondrait au rejet de cette même force. Ces mouvements se combinent avec l'action des vaso-moteurs si étroitement liés au système sympathique. Mais les différents districts du cerveau sont, au point de vue circulatoire, régis par des centres d'excitation vaso-motrice différents. Les uns peuvent être hyperémiés, tandis que les autres sont, au même moment, anémiés. Ainsi pendant le sommeil les couches corticales de l'encéphale sont anémiées, les ganglions centraux en revanche hyperémiés, et le contraire a lieu à l'état de veille. Il existe donc constamment entre les centres et la périphérie du système nerveux central un état de contraste ou d'opposition circulatoire.

Les influx d'emprunt ou de rejet n'agissent pas à tour de rôle, mais simultanément — comme le double courant circulatoire dans un membre — quoique avec des intensités différentes, et ce sont ces différences d'intensité qui nous expliquent l'intermittence obligée des états de veille et de sommeil. Quelle que puisse être l'œuvre ganglio-végétative en voie de réalisation, les influx d'emprunt se poursuivent toujours simultanément avec ceux de rejet; mais, seuls centrifuges, ces derniers ont, par là même, seuls le privilège d'irriter les vaso-moteurs. Une excitation vaso-motrice incessante et générale a donc lieu de la sorte, laquelle toutefois est d'énergie très différente selon que les influx excitateurs correspondent, soit à l'un, soit à

l'autre accomplissement ganglionnaire. En raison de leur faiblesse ou de leur force actuelle, ces influx réagissent différemment sur les états sanguins du myélocéphale, et c'est ainsi que, par alternances quotidiennes, ils arrivent à les modifier des deux manières suivantes : 1° Quand au cours de l'emprunt l'excitation par le rejet est faible, alors les territoires myélocéphaliques, dont la circulation n'est plus actionnée par les centres vaso-moteurs, sont tous directement hyperémiés, et ceux à la circulation desquels ces centres commandent, se trouvent par contre secondairement anémiés : État de veille. 2° Quand au cours du rejet l'excitation par lui déterminée devient forte, alors les territoires myélocéphaliques, dont les vaisseaux échappent à l'influence des centres vaso-moteurs, sont tous directement anémiés, tandis que les centres se trouvent au contraire directement hyperémiés : Sommeil.

Tel est, dans ses lignes fondamentales, le système de M. Serguéeff, système tout à fait imprévu, très attrayant à première vue et qui ouvre un vaste champ aux discussions des physiologistes. Mais, quelle que soit leur opinion, la *Physiologie de la veille et du sommeil* n'en restera pas moins un monument de travail consciencieux, un modèle de sagacité et d'érudition. M. Serguéeff a fait peu d'expériences personnelles, mais il a sagement utilisé celles des autres et lu tout ce qui a été écrit sur la matière, en français, en allemand et en anglais depuis quelque trente ans ; c'est tout dire.

D^r CHATELAIN.

The Time-relations of mental phenomena (Du temps nécessaire à la production des phénomènes psychiques) ; par J. JASTROW, professeur de psychologie à l'Université de Wisconsin, New-York, 1890.

Ce travail est un résumé des données classiques relatives à la vitesse du courant nerveux et au temps de réaction exigé par les divers processus psychiques, réflexes, automatiques et volontaires. Ces derniers sont surtout intéressants, car le temps de réaction est très variable suivant les sujets et les circonstances. Étant donnée une impression quelconque, le temps de réaction sera modifié : 1° par la nature de l'impression ; par exemple, la réaction aux sensations de température est moins rapide qu'aux sensations de contact ; 2° par l'intensité du sti-

mulus ; 3° par le mode de réaction lui-même ; 4° par le degré d'attention du sujet en expérience, sa connaissance ou son ignorance de ce qui va se passer ; 5° par les dispositions de ce même sujet, selon qu'il est sain, malade, ou sous l'influence de certaines substances alimentaires ou médicamenteuses, etc. Une pareille étude, toute de détails et d'observations expérimentales, ne saurait se résumer et échappe par conséquent à l'analyse. Disons toutefois que ces soixante pages sont des plus substantielles et donnent une excellente idée des progrès effectués dans la mesure de la durée des phénomènes psychiques.

A. CULLERRE.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— The 119 *th* Annual Report of the State of the New-York Hospital and Bloomingdale Asylum for the year 1889 (119° rapport annuel sur la situation de l'hôpital de New-York et de l'asile de Bloomingdale, pour l'année 1889). Broch. in-8° de 54 pages. New-York, 1890.

— Note sur l'apathie épileptique ; par le D. Ch. Féré. 3 pages in-8°. Extrait de la *Revue de médecine*, numéro de février 1891.

— Anomalia di sviluppo della verga in un alienato. Uretra superiore soprannumeraria incompleta (Anomalie du développement de la verge chez un aliéné. Urètre supérieur surnuméraire incomplet) ; par le D^r Luigi Frigerio. 3 pages in-8°. Extrait des *Rendiconti de R. Istituto Lombardo*. Milan, 1891.

— An analysis of the ocular symptoms found in the third stage of general Paralysis of the Insane (Analyse des symptômes oculaires observés dans la troisième période de la paralysie générale des aliénés) ; par le D^r Ch. A. Oliver, de Philadelphie. Broch. in-8° de 7 pages. Hartford, 1890.

— The 120 *th* Annual Report of the State of the New York Hospital and Bloomingdale Asylum for the year 1890 (120° rapport annuel sur la situation de l'hôpital de New-York et de l'asile de Bloomingdale, pour l'année 1890). Broch. in-8° de 56 pages. New-York, 1891.

ASSOCIATION MUTUELLE

DES

MÉDECINS ALIÉNISTES DE FRANCE

Assemblée générale du 27 avril 1891.

Présidence de M. BLANCHE.

L'assemblée s'est tenue au domicile de M. Mitivié, trésorier, boulevard Saint-Germain, 260, à trois heures.

M. Blanche rappelle en termes émus qu'il s'est fait l'interprète des regrets éprouvés par tous les membres de l'Association à l'occasion du décès de M. Baillarger, le jour de ses funérailles, et évoque le souvenir des services rendus par M. Baillarger à l'Association dont il a été le principal fondateur et le bienfaiteur.

Il annonce à l'assemblée que M. Baillarger, voulant continuer son concours à l'œuvre, a légué à l'Association un titre de 300 francs de rentes 3 p. 100.

En son nom et au nom de M. Semelaigne, M. Blanche exprime à l'assemblée tous les remerciements du vote qui les a désignés l'un comme président, l'autre comme vice-président de l'Association, et il affirme que tous les deux mettront au service de l'œuvre tout leur zèle et leur dévouement.

M. Giraud fait, au nom d'une Commission composée de MM. Falret et Giraud, un rapport verbal sur les comptes du trésorier et déclare qu'après examen, les comptes ont été trouvés exacts et les pièces à l'appui régulièrement établies.

L'assemblée vote des remerciements à M. Mitivié, trésorier; M. le président donne la parole à M. Bouchereau, secrétaire, pour la lecture de son rapport annuel.

« Messieurs,

« Lors de notre dernière réunion, nous avons quitté M. Baillarger avec l'espoir de le retrouver aujourd'hui au milieu de nous ; ses forces physiques avaient un peu diminué, mais son esprit avait conservé une vigueur, une lucidité qui causaient l'étonnement et donnaient à penser que son existence devait se

prolonger longtemps encore ; or, beaucoup d'entre vous le voyaient pour la dernière fois. Il y a trois mois à peine, sa mort a causé parmi nous une émotion profonde ; nous avons suivi son convoi en grand nombre et offert à sa famille l'hommage unanime de nos regrets. Je eroirais, au début de cette séance, manquer à un devoir, si je négligeais d'évoquer encore une fois devant vous le nom de M. Baillarger, et de rappeler combien nous sommes reconnaissants à M. Baillarger du dévouement qu'il a montré pour notre Association.

En avoir conçu l'idée le premier, fut l'œuvre d'un cœur généreux ; mais l'avoir conduite au point de prospérité où elle se trouve aujourd'hui, témoigne de la continuité de ses efforts et de la fermeté de son caractère, il serait injuste de l'oublier jamais.

C'est en 1865 que M. Baillarger, convoquant quelques-uns d'entre vous, leur demandait de vouloir bien former la première liste des membres fondateurs ; il se trouvait donc tout naturellement désigné à vos suffrages pour remplir les fonctions de président. L'Association était reconnue comme établissement d'utilité publique par un décret en date du 7 novembre 1866 ; comme ces faits sont déjà loin de nous, il nous a semblé utile de les rappeler devant nos jeunes confrères, qui n'ont pas assisté aux débuts de notre Association.

Jusqu'à son dernier jour, M. Baillarger a marqué tout l'intérêt qu'il prenait à son développement : c'était pour lui un grand plaisir de présider nos assemblées générales et pour nous un grand honneur de le retrouver à notre tête dans ces circonstances. La carrière de M. Baillarger a été longue, utile et brillante. Né à Montbazou (Indre-et-Loire), le 25 mars 1809, il s'est éteint à Paris sans souffrances, le 31 décembre 1890 ; sa vie a été bien remplie, son nom respecté, il a conquis par un travail continu toutes les fonctions qu'il a occupées et les honneurs qu'il a reçus. Externe des hôpitaux de Paris, interne de Charenton, médecin de la Salpêtrière nommé au concours, membre de l'Académie de médecine, directeur des *Annales médico-psychologiques*, officier de la Légion d'honneur, associé par Mitivier père avec Moreau (de Tours) dans l'ancienne maison Esquirol à Ivry, on peut affirmer qu'il a dû tous ses succès à son mérite ; il s'est trouvé à la hauteur de toutes les situations que son ambition légitime lui a permis de rechercher. L'œuvre scientifique de M. Baillarger a été louée comme elle le méritait au sein des sociétés auxquelles il appartenait et par les divers organes de la presse médicale ; à cette heure, il n'y a pas lieu d'y revenir, les hommes de notre génération s'en sont fortement pénétré et en ont largement profité. Probablement, il lui arrivera ce qui s'est passé avec beaucoup de savants qui l'ont précédé dans la vie ;

on reproduira ses idées sous des expressions nouvelles sans toujours citer son nom ; c'est là un accident fréquent dans l'histoire de notre science ; ses ouvrages resteront comme les témoins d'une époque brillante pour la médecine mentale en France et les jeunes gens, comme les maîtres futurs, pourront y puiser avec utilité pour eux et pour les aliénés.

Quant à son enseignement, il a jeté un bien vif éclat : ses leçons si suivies nous rappellent à nous les heures joyeuses de la jeunesse. Lorsque leur souvenir se sera effacé avec les derniers survivants qui les auront entendues, les livres publiés par lui demeureront, comme ceux de Falret père, formant un des éléments principaux de l'histoire très honorable de la psychiatrie française durant le XIX^e siècle.

Baume nous appartenait comme sociétaire depuis 1884 ; il est né le 20 octobre 1840 et est mort à Quimper (Finistère). le 18 août 1890. Il a commencé jeune ses études médicales ; nommé, en 1851, interne à Maréville, après avoir publié sa thèse ayant pour sujet la guérison des maladies mentales, il a été envoyé en qualité de préposé responsable du quartier des aliénés à Montauban ; puis, en 1854, il est passé à Saint-Athanas de Quimper, dont il devint directeur-médecin en chef en 1857, et il y est resté jusqu'à l'heure de sa retraite, en 1883. La plus grande partie de sa carrière s'est passée dans cet établissement qu'il a transformé ; sous son impulsion, les services économiques et l'organisation des travaux agricoles ont acquis un développement et un perfectionnement qui ont fait beaucoup d'honneur à Baume ; il a fondé une société de patronage pour les aliénés guéris du département du Finistère.

On a loué en Baume, lors de ses funérailles, le côté moral élevé de l'homme, son dévouement à l'égard de ses malades, sa persévérance à rechercher tout ce qui pouvait contribuer à améliorer leur triste situation ; on appréciait autour de lui sa bienveillance, qui n'excluait pas la fermeté nécessaire au fonctionnaire. Ses dernières années se sont écoulées à la campagne, consacrées à accroître le bien-être des populations au milieu desquelles il vivait. Quand Baume traitait ces questions, son visage s'animait, sa personne se transformait, la chaleur de ses sentiments se révélait ; il nous a été donné de reconnaître que, sous son apparence froide, Baume cachait une nature essentiellement bonne.

Nous avons perdu cette année deux membres fondateurs : MM. Censier et Auguste Labitte.

M. Censier était né à Versailles, le 16 janvier 1822 ; il est mort à Toulouse, le 16 juillet 1890 ; il a commencé sa carrière en dirigeant une institution devenue très prospère dans ses mains ; aussi les familles les plus distinguées lui ont confié

l'éducation de leurs enfants, qui devaient plus tard arriver à de hautes situations; parmi les élèves formés par M. Censier, nous avons retenu plus particulièrement les noms de MM. Paul et Alfred de Foville; sa réputation et son mérite devaient être bien établis pour qu'un homme de l'élévation d'esprit de Foville père lui ait donné deux des ses fils à élever et plus tard sa fille comme épouse.

Cette alliance a créé à M. Censier des relations nouvelles, et l'a conduit à porter toute son activité dans une autre direction. Il s'est rendu à Toulouse pour se mettre à la tête de la maison de santé Delaye, dont Foville père devint le médecin; à cette époque, Foville père avait perdu certainement une partie de ses forces physiques, mais on retrouvait en lui les facultés puissantes dont ses œuvres portent la trace, et qui lui avaient permis d'être à un moment un des praticiens les plus recherchés à Paris; ces deux hommes, en réunissant leurs efforts, réussirent à faire de l'ancienne maison Delaye un établissement de premier ordre.

Achille Foville, ce confrère si digne de nos regrets, tenait en haute estime son beau-frère, M. Censier; il appréciait surtout chez lui un sens littéraire très fin, un jugement droit, et le consultait pour la rédaction définitive de ses rapports, considérés comme des modèles au ministère de l'intérieur; leur union très intime amenait entre eux un échange de vues et de conseils profitables à tous les deux.

Un autre de nos membres fondateurs, nous a été enlevé récemment: M. Auguste Labitte. Né à Clermont, mort à soixante-dix ans, il avait reçu des mains de son père l'établissement important qu'il a porté à un haut degré de prospérité avec la collaboration de ses frères; en 1846, il en avait été nommé directeur, et avait reçu une médaille d'or pour le dévouement dont il avait fait preuve durant l'épidémie de 1849; il obtint la croix de la Légion d'honneur en 1867. Pendant longtemps Clermont a attiré l'attention des étrangers; en le visitant, on allait y étudier la façon dont le travail en plein air y avait été organisé et comment on utilisait les aliénés pour les diverses cultures intensives et perfectionnées: plus tard, des événements que la volonté des hommes est souvent impuissante à empêcher, ont jeté le trouble dans cet asile, et affligé les hommes qui le dirigeaient en changeant l'organisation intérieure. Le jour où MM. Labitte ont cédé aux départements de l'Oise et de Seine-et-Oise la maison fondée par leur père, et agrandie et transformée par eux, ils sont partis avec la satisfaction d'avoir prouvé par leur exemple qu'une colonie agricole était utile pour le traitement des aliénés.

La postérité impartiale fera la part des responsabilités et des

services de chacun, sans oublier que, dans la marche de l'humanité vers le progrès, il y a toujours des accidents.

Par suite du décès de M. Baillarger, le Conseil a nommé cette année M. Blanche, président; M. Semelaigne, vice-président. Les membres de l'Association apprendront ces nominations avec une légitime satisfaction. Je suis certain que personne ne me contredira en affirmant que, si nos statuts l'eussent exigé, tous vous viendriez ratifier nos choix et désigner ces dignes confrères à nos suffrages; ils appartiennent tous les deux à des familles où l'on se transmet comme un héritage naturel le dévouement envers les malades et le culte de la science de l'aliénation mentale.

L'Association a perdu : un membre honoraire, M. Censier; un membre fondateur, M. Baillarger; deux sociétaires, MM. Baume, Auguste Labitte.

Elle compte cinq nouveaux membres.

Fondateurs :

MM. Paul Garnier.
Jules Dagonet.

Sociétaires :

MM. Dupain, médecin de l'asile de Bailleul (Nord).
Vétault, médecin de la maison de santé de M. Motet.
Wyrenski, médecin de l'asile de Clermont (Oise).

La liste des membres de l'Association comprend :

Fondateurs.	78
Sociétaires.	62
Honoraires.	1

Trente asiles sont inscrits comme souscripteurs et nous accordent les allocations suivantes :

Asile d'Aix.	50 fr.
— d'Armentières.	100
— d'Auch.	100
— d'Auxerre.	100
— de Bailleul.	100
— de Bassens.	100
— de Blois.	100
— de Bordeaux.	100
— de Bron.	100
— de Châlons.	100
— de Clermont (Oise).	100
— de Dijon.	100
— de Dôle.	100

Etablissement de Sainte-Marie de l'As-	
somption.	50 fr.
Asile d'Evreux.	100
— de Fains.	100
— de Larochegandon	100
— de Maréville	100
— de Montdevergues.	100
— de Pau	100
— de Prémontré.	100
— de Quatre-Mares	100
— de Quimper	100
— de Rennes.	100
— de Saint-Dizier	100
— de Saint-Lizier	100
— de Saint-Yon	100
— de Saint-Venant.	100
— de Toulouse.	100
— de Vannes.	100
Subvention du ministère de l'intérieur . .	1.500

La situation financière reste à examiner.

Les recettes de l'année 1890, réunies aux sommes existantes au 31 décembre dernier, s'élèvent au chiffre de. . . 19,053 86
ainsi réparties :

Fonds en caisse au 1 ^{er} janvier 1890.	5,036 97
Cotisations.	3,690 »
Souscriptions d'asiles.	2,750 »
Subvention du ministère de l'intérieur.	1,500 »
Intérêts du dépôt du Crédit foncier.	11 25
Legs Billod.	2,500 »
Intérêts des capitaux.	3,565 64
Total.	19,053 86

Les dépenses se sont élevées à la somme de. . . 15,601 39
ainsi décomposées :

1° Don à la veuve d'un ancien fonctionnaire ne faisant pas partie de l'Association	800
2° A quatre veuves d'anciens internes et de médecins d'asiles	800
3° Au fils d'un ancien médecin d'asile, membre fondateur.	800
4° A la femme d'un sociétaire malade.	800

A reporter. 3,200

	<i>Report.</i> . . .	3.200
5° A un sociétaire en retraite.		800
6° A dix veuves de membres fondateurs et sociétaires.		6.000
7° Achat de 100 francs de rente 3 p. 100. . .		3.006.55
8° Frais d'administration.		105.54
9° Achats de rente, legs Billod		2.489.30
	<hr/>	
	Total. . .	15.601.39

De l'examen de ces chiffres, il résulte :

1° Qu'il restait en caisse au 1^{er} janvier 1891 une somme de 3.452.17

Déposée en presque totalité au Crédit foncier pour assurer la régularité des secours sans attendre la rentrée des cotisations et des intérêts qui n'est complète qu'à la fin de l'année.

2° Que les secours distribués jusqu'à ce jour s'élevaient à la somme de 125.011

3° Que le capital, placé et calculé au prix d'achat, se trouve porté au chiffre de 89.677.55

Comprenant les valeurs suivantes :

De rente 4 1/2 p. 100 1.565

Rente 3 p. 100. 1.478

De 43 obligations du Midi. 625

Il faut ajouter à ces valeurs pour mémoire et à réaliser ultérieurement la somme suivante :

10,000 francs légués par M. Achille Foville.

Les prévisions budgétaires pour l'année 1891 sont établies sur les bases suivantes :

Recettes :

En caisse au 31 décembre 1891 3.452.37

Cotisations de l'année. 3.690

Souscriptions d'asiles. 2.750

Ministère de l'intérieur 1.500

Intérêts des capitaux. 3.668

Total. . . 15.060.37

Conformément à l'article 16 des statuts, on peut disposer sur cette somme d'environ 12.000

Le conseil a alloué, sur cet exercice et pour le 1^{er} semestre, les secours suivants :

1° A sept veuves de membres fondateurs ou sociétaires	2.200
2° A un membre sociétaire	400
3° A la femme d'un sociétaire malade	400
4° Au fils d'un ancien sociétaire	400

Total. . . 3.400

Le solde disponible se trouve donc être de. . . 8.600

Sur lesquels le conseil a décidé de vous proposer :

1° La continuation d'un secours de. 600
 que depuis sa fondation l'Association accorde à la
 veuve d'un médecin, attaché au service des aliénés
 et non sociétaire, et la faculté d'augmenter de. . . 200
 le secours, si le conseil le juge urgent et possible ;

2° Un secours à répartir entre trois veuves d'an-
 ciens internes et à la veuve d'un médecin aliéniste
 d'asile. 700

Total. . . 1.500

Ces différentes sommes votées laisseront un
 solde disponible de. 7.100

Sur lequel il y aura à prélever, suivant les pré-
 visions de ce jour, pour le 2° semestre 4.500

Il resterait donc une somme de 2.600
 pour parer aux éventualités nouvelles.

Telle est la situation financière de notre Association. »

L'assemblée approuve par un vote unanime les diverses propositions que le conseil lui a soumises, conformément aux statuts.

Les membres du conseil sortants et rééligibles sont :

MM. Giraud, Goujon, Mesnet, Rousselin, Semelaigne ; ils
 sont tous réélus.

M. Henri Dagonet remplace M. Baillarger, décédé.

Le conseil se trouve ainsi composé pour l'année 1891 :

Président, M. Blanche ;

Vice-président, M. Semelaigne ;

Trésorier, M. Mitivié ;

Secrétaire, M. Bouchereau.

La séance est levée à quatre heures.

BOUCHEREAU.

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS.

Décret du 3 juillet 1891. — Sur la proposition du ministre de l'intérieur, M. le D^r Roux (Pierre-Marc), membre du conseil général de Lot-et-Garonne, maire de Tournon, a été nommé chevalier de l'ordre national de la Légion d'honneur. Conseiller général depuis 1877. Elu au conseil municipal de Tournon de 1874. Maire depuis 1880. Médecin en chef du quartier des aliénés de l'hospice d'Agen. Dix-sept ans de services. — Titres exceptionnels : campagne de 1870 comme médecin-major d'un bataillon des mobiles de la Gironde. Cité à l'ordre du jour de l'armée pour sa belle conduite.

— *Arrêté du 22 avril 1891* : M. le D^r BARTHOMEUF, classé le second des candidats déclarés admissibles à la suite du concours ouvert à Lyon le 20 décembre 1888, est nommé médecin-adjoint de l'asile de Saint-Robert (Isère), et compris dans la 2^e classe de son grade (2,400 fr.).

— *Arrêté du 9 juin 1891* : M. le D^r CHEVALIER-LAVAURE, classé le premier des candidats déclarés admissibles à la suite du concours ouvert à Bordeaux, le 20 novembre 1890, est nommé médecin-adjoint de l'asile d'Aix (Bouches-du-Rhône), et compris dans la 2^e classe de son grade (2,400 fr.);

M. le D^r DUBUISSON (Maxime), médecin-adjoint à l'asile de Quatre-Mares (Scinc-Inferieure), est nommé directeur-médecin de l'asile de Dury (Somme), poste créé, et est compris dans la 3^e classe de son grade (5,000 fr.).

Faculté de médecine de Paris. — Le concours du clinicat des maladies mentales s'est terminé par la nomination de M. le D^r PACTET, interne des asiles de la Seine, comme chef de clinique, et de M. le D^r SOLLIER, interne des hôpitaux, comme chef de clinique adjoint.

VISITE DU PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE A L'ASILE D'ALIÉNÉS SAINT-LUC, A FAU.

Les visites des chefs de l'État dans les établissements d'aliénés sont si rares, si exceptionnelles, ainsi que nous le fait remarquer un de nos confrères spécialistes, qu'il y a un véritable intérêt à en conserver le souvenir.

C'est à ce titre qu'il nous a paru utile de faire le récit de la visite à l'asile Saint-Luc, du Président de la République, lors de son passage à Pau.

Elle a eu lieu le 22 mai dernier, à cinq heures. Le temps qui, jusqu'à ce jour, avait été assez mauvais, ne laissait rien à désirer et c'est sous le « beau ciel de Pau », cher aux Béarnais, que M. Carnot a fait son entrée à Saint-Luc. Des arcs de triomphe en verdure, pavoisés de drapeaux, des mâts ornés d'oriflammes, avaient été dressés aux deux grilles de l'établissement et le long de la grande et belle avenue de tilleuls qui conduit à travers de vastes jardins à la cour d'honneur.

Cette dernière, parée de verdure et de fleurs, avec sa jolie terrasse chargée d'arbustes et de trophées, présentait un charmant coup d'œil.

C'est sous le péristyle de cette construction que M. le préfet présente à M. Carnot, le directeur-médecin et M. le D^r Meunier, président de la commission de surveillance.

Introduit avec toute sa suite dans la salle de la commission, ornée avec goût, le Président de la République auquel le personnel de l'asile est présenté, écoute avec intérêt l'allocution suivante que lui adresse le président de la commission :

« Monsieur le Président de la République, »

« La commission de surveillance et l'administration de l'asile Saint-Luc me chargent de vous exprimer respectueusement toute notre reconnaissance pour l'honneur insigne que vous nous faites aujourd'hui.

« En visitant l'établissement où sont recueillis et soignés les aliénés qui nous sont confiés par les trois départements des Basses-Pyrénées, des Hautes-Pyrénées et des Landes, vous allez donner à ces malades et à leurs familles le plus éclatant témoignage d'intérêt et de sollicitude qu'ils aient jamais reçu.

« Mes honorés collègues de la commission de surveillance, M. le directeur-médecin et ses collaborateurs, se joignent à moi pour vous en remercier profondément. Tous nous sentons que cette solennité est le plus précieux encouragement à continuer les efforts faits depuis vingt ans pour améliorer cet important asile et en faire l'un des plus dignes de la confiance publique. »

M. Carnot répond en attachant la rosette d'officier de la Légion d'honneur sur la poitrine de M. le D^r Meunier.

Après un examen rapide d'un plan en relief de l'asile Saint-Luc, œuvre ingénieuse d'un aliéné, M. le Président exprime le désir de visiter une section de femmes et une section d'hommes, le peu de temps dont il dispose ne lui permettant pas une promenade plus prolongée. A sa sortie, la fille du directeur-médecin lui souhaite la bienvenue en lui présentant un bouquet. Puis

il se rend aussitôt dans le quartier des femmes, accompagné de M. le ministre de l'intérieur, des généraux Brugère, Ferron et Garcin, de députés et sénateurs des Basses-Pyrénées, des membres de la commission de surveillance et du personnel de l'asile. Il pénètre dans une des premières sections où sont réunies les malades tranquilles, occupées à des travaux de couture. De là le cortège, en suivant des galeries enguirlandées de fleurs, traverse le jardin des pensionnaires tranquilles et celui des dames hors classe dont le pavillon, une véritable villa de luxe, est admirablement située en face des Pyrénées. Un trajet analogue est suivi chez les hommes et le cortège arrive dans la section des travailleurs, où le Président est salué de nombreux « Vive Carnot ! »

Le retour à la cour d'honneur a lieu par les cuisines où, sur des tables de marbre, se dressent des monceaux de victuailles dont les appétissantes émanations indiquent assez que l'heure du repas a sonné. Inutile de dire que le menu du jour a été modifié comme aux grands jours de fête.

Le Président, en se retirant, a bien voulu exprimer sa satisfaction et complimenter le directeur et ses collaborateurs sur la bonne tenue de la maison.

Le soir, un modeste feu d'artifice clôturait cette belle journée, qui laissera à l'asile Saint-Luc un impérissable souvenir.

On s'étonnera peut-être que nous n'ayons noté aucun incident pendant la visite présidentielle dans nos quartiers de traitement. Cela s'explique si l'on songe à la brièveté de cette visite et à la catégorie des malades visités, lesquels sont pour la plupart des travailleurs tranquilles.

Nous ne terminerons pas toutefois ce récit, sans faire connaître dans quels termes une aliénée, atteinte de délire partiel, a raconté dans une lettre à ses parents, comment le Président a été reçu à l'asile et quelle impression il a produite sur ces natures détraquées.

« Nous avons reçu une visite splendide de M. le Président de la République et du nouveau roi de France qui a tant charmé toutes les femmes que nous sommes toutes en amour. »

« On lui a fait des arbres de triomphe, ainsi que des bandières et des drapeaux volants aux trois couleurs ; il nous a régalingées de son mieux et il est reparti à Paris en grande pompe, avec le corps législatif et la garde républicaine et toute son armée en Espagne. »

Ajoutons que, le lendemain matin, le Président devait se rendre non en Espagne, mais à Bayonne où l'attendait le même accueil enthousiaste qu'à Pau.

D^r R.

LOI AUTORISANT LE DÉPARTEMENT DE LOIR-ET-CHER A CONTRACTER UN EMPRUNT DE 70,000 FRANCS APPLICABLE A LA CONSTRUCTION D'UN QUARTIER D'ÉPILEPTIQUES DANS L'ASILE D'ALIÉNÉS DE BLOIS.

Le Sénat et la Chambre des députés ont adopté,
Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

Art. 1^{er}. — Le département de Loir-et-Cher est autorisé, conformément à la demande que le conseil général en a faite, à emprunter, à un taux d'intérêt qui ne pourra dépasser 4 fr. 20 p. 100, une somme de 70,000 fr., remboursable en trente ans et applicable à la construction d'un quartier d'épileptiques dans l'asile d'aliénés de Blois.

Cet emprunt pourra être réalisé, soit avec publicité et concurrence, soit de gré à gré, soit par voie de souscription publique, avec faculté d'émettre des obligations au porteur ou transmissibles par endossement, soit auprès de la Caisse des dépôts et consignations, de la société du Crédit foncier de France, ou de la Caisse nationale des retraites pour la vieillesse.

Les conditions des souscriptions à ouvrir ou des traités à passer de gré à gré seront préalablement soumises à l'approbation du ministre de l'intérieur.

Art. 2. — Les fonds nécessaires au service des intérêts et au remboursement de l'emprunt de 70,000 fr. autorisé par l'article 1^{er} ci-dessus seront prélevés sur les bonis de l'asile et au besoin sur les ressources départementales.

La présente loi, délibérée et adoptée par le Sénat et par la Chambre des députés, sera exécutée comme loi de l'Etat.

Fait à Paris, le 10 avril 1891.

CARNOT.

Par le Président de la République :

Le ministre de l'intérieur,

CONSTANS.

CONGRÈS ANNUEL DES MÉDECINS ALIÉNISTES DE FRANCE
ET DES PAYS DE LA LANGUE FRANÇAISE (SESSION DE
LYON 1891).

Programme.

Lundi, 3 août, à deux heures du soir, séance d'ouverture. — Nomination du Bureau ; discussion de la première question du programme (Du rôle de l'alcoolisme dans l'étiologie de la paralysie générale).

Mardi, 4 août, (A) à neuf heures du matin, deuxième séance. — Discussion de la deuxième question du programme (De la responsabilité légale et de la séquestration des aliénés persécutés).

teurs). — (B) *A deux heures, troisième séance.* — Discussion de la troisième question du programme (De l'assistance des épileptiques).

Mercredi, 5 août, (A) dans la matinée. — Visite de l'Asile départemental des aliénés du Rhône, à Bron. — (B) *Dans l'après-midi.* — Visite de l'Asile des aliénés de Saint-Jean-de-Dieu et de la Faculté de médecine.

Judi, 6 août. — Excursion à l'Etablissement d'épileptiques de la Teppe, près de Tain (Drôme); à l'aller, descente du Rhône en bateau à vapeur, retour par le chemin de fer.

Vendredi, 7 août, (A) à neuf heures du matin, quatrième séance. — Communications et discussions sur des sujets en dehors du programme. — (B) *A deux heures du soir, cinquième et dernière séance.* — Fixation du siège du prochain Congrès; communications et discussions diverses. Clôture du Congrès.

Samedi, 8 août. — Excursion finale à l'Asile des aliénés de Saint-Robert (station de Saint-Egrève, près Grenoble); déjeuner offert par l'administration de l'asile. — M. le Dr Dufour, médecin-directeur de cet établissement et son personnel, se mettent à la disposition de MM. les membres du Congrès pour organiser des excursions à la Grande-Chartreuse et dans d'autres parties des Alpes dauphinoises.

Pendant la durée du Congrès, une soirée sera consacrée à une réception de M. le Maire de Lyon à l'Hôtel de Ville et une autre soirée à un banquet par souscription.

Les séances se tiendront au Palais du Commerce, dans la salle des réunions industrielles (entrée par la place de la Bourse), où sera le siège du Congrès depuis la veille de son ouverture jusqu'à sa clôture. Jusque-là les lettres et tous autres documents devront être adressés à M. le Dr Albert Carrier, médecin des hôpitaux, 13, rue Laurencin, Lyon.

La qualité de membre du Congrès est acquise à tout docteur en médecine de France ou des pays de langue française qui verse une cotisation de 20 francs.

SOUSCRIPTION AU BUSTE DE BAILLARGER

Deuxième liste.

MM. les D ^{rs}	Camuset.	20 fr.
—	Christian.	20 —
—	Desmaisons.	100 —
—	Bouteille.	10 —
—	Etoc-Demazy.	20 —
—	Cullerre.	10 —
—	Rendu.	10 —

A reporter. 190 fr.

<i>Report.</i>	190 fr.
M. Georges Massou	50 —
Société de médecine de Paris.	50 —
<hr/>	
Total de la 2 ^e liste.	290 —
Total de la 1 ^{re} liste.	1.410 —
<hr/>	
Total	1.700 fr.

MARTYROLOGE DE LA PSYCHIATRIE (*suite*).

Nous lisons dans *Paris* (numéro du 10 mai 1891) : « Il y a un mois environ, un drame terrible jetait la consternation dans l'hospice de Bicêtre. Un infirmier, M. Raguét, en faisant son service, était assailli à l'improviste par plusieurs fous furieux. Quand on fut venu à son secours, le malheureux était dans un état lamentable. Les soins les plus énergiques lui furent prodigués à l'hospice même; où il était soigné; mais les blessures reçues par le pauvre diable étaient des plus graves et il y a trois jours il rendait le dernier soupir. Il a été enterré hier. M. Pinon, directeur, a prononcé quelques paroles sur sa tombe. M. Peyron, directeur de l'Assistance publique, avait envoyé une couronne. »

CIVILISATION ET SUICIDE

Le D^r William Mathews publie, dans le *North American Review*, un article curieux sur la *Civilisation et le Suicide*. Il évalue à 180,000 le nombre des suicides qui se commettent tous les ans. Les progrès du suicide sont, suivant lui, en raison directe des progrès de la civilisation, la civilisation ayant pour effet constant de rendre plus sensible le fardeau de la vie.

La terre classique du suicide est le centre de l'Europe, du nord-est de la France à l'est de l'Allemagne. La statistique, qui a établi ce fait, en a établi encore de plus étonnants : elle prouve, par exemple, que les habitants des pays de montagne ne se tuent guère, que les habitants des pays de marais se tuent peu, et que les habitants des pays de grands fleuves se tuent très volontiers. Encore préfèrent-ils se tuer en juin qu'en tout autre mois : en décembre, au contraire, le suicide est tout à fait rare.

Et ne croyez pas que ce soit fini ! La statistique démontre également que l'on se tue bien davantage dans les dix premiers que dans les vingt derniers jours de chaque mois ; que l'on se tue bien davantage le lundi, le mardi et le jeudi que les autres jours de la semaine ; enfin, que les Allemands, ces satisfaits, sont le peuple du monde qui se tue le plus facilement, et les

Slaves, ces pessimistes, le peuple chez qui le suicide est le plus rare. L'auteur de ces études statistiques aurait bien dû ajouter seulement que si les Slaves se tuent rarement, ils ont parfois des motifs bizarres pour se tuer : on n'a pas oublié l'histoire de ce jeune étudiant de Pétersbourg qui, en apprenant l'acquiescement de Vera Zasoulitch, s'est brûlé la cervelle pour témoigner de sa joie.

La France vient au second rang, l'Angleterre au troisième, dans la liste des pays où l'on aime le suicide. M. Mathews a peut-être tort d'en conclure que l'intelligence et la culture sont plus développées en Allemagne qu'en France, en France qu'en Angleterre ; mais il donne des arguments tout à fait curieux pour montrer en thèse générale que tout développement de la civilisation entraîne la misère, le mécontentement, l'excès de travail, et par suite la tendance au suicide. (*Revue bleue*, numéro du 30 mai 1891.)

TRIBUNAUX.

Condamnation d'un infirmier d'asile pour brutalités envers un aliéné. — On télégraphie de Bordeaux au *Temps* (numéro du 25 mai 1891) :

« Le sieur Oberte, infirmier à l'asile de Cadillac, condamné à trois mois de prison pour brutalités envers un malheureux aliéné, avait eu la mauvaise idée de faire appel. Son affaire est venue hier devant la cour qui a porté la peine de la prison à six mois. »

Un simulateur. — On écrit de Douai au *Temps* (numéro du 28 mai 1891) :

« La cour d'assises du Nord a condamné hier à vingt années de travaux forcés et à la relégation un nommé Clovis Hellebois, âgé de quarante-trois ans, né à Calonne-sur-la-Lys (Pas-de-Calais), inculpé de vols avec escalade et effraction dans les églises de Faumont et de Santes-Dangles et d'escroquerie au préjudice d'un cabaretier de Béthune.

Cet individu, qui, au début, se faisait passer pour un sieur Louis Lecointe, marchand de chevaux à Bordeaux, fut arrêté vers la fin du mois de septembre dernier à Faumont. Interrogé, il répondit et fit même des aveux au juge d'instruction ; mais, lorsqu'on eut découvert les autres vols, il cessa brusquement de parler, et il fut impossible de lui arracher une parole de plus. Il commença à simuler la folie.

Lorsque son affaire fut appelée devant les assises, au mois de février, son défenseur demanda et obtint le renvoi à une autre session pour permettre aux médecins aliénistes d'examiner l'accusé.

Après plusieurs mois de séjour à l'asile des aliénés d'Ar-

mentières, Hellebois a comparu à nouveau hier devant la cour d'assises. Son attitude à l'audience est des plus bizarres : tantôt il regarde fixement le sol, tantôt un point de la salle ou une personne sans avoir l'air de les voir. Les objets brillants, les boutons de tunique des gendarmes, semblent attirer son attention. Tout à coup, il se lève, se rassied et se balance comme un ours dans sa cage; puis il s'enroule les mains dans sa blouse, se les frotte vivement ou secoue son bras droit. Mais il ne s'occupe pas plus de la cour, des jurés et de tout ce qui se passe autour de lui que si l'affaire ne le concernait pas.

Ajoutons qu'il a les yeux hagards, la figure hébétée et que ses cheveux et sa barbe, longs et mal entretenus, lui donnent une physionomie spéciale.

Depuis des mois, Hellebois joue cette comédie et refuse de parler.

Deux intéressantes dépositions sont entendues : celle du docteur Taquet, directeur de l'asile d'aliénés d'Armentières, et celle du D^r Sockeel, médecin de la prison de Douai, qui ont examiné longuement l'inculpé.

Le D^r Taquet passe en revue tous les genres de folie applicables à Hellebois, et procédant par voie d'élimination, en arrive à affirmer que l'accusé est absolument responsable, qu'il n'est qu'un simulateur, et un simulateur forçant la note. C'est également la conviction du D^r Sockeel, qui, au point de vue de cette simulation, raconte un fait caractéristique :

Quelque temps après que l'accusé (qui parlait et répondait très bien au début de l'instruction) se fût enfermé dans un mutisme absolu, le D^r Sockeel, accompagné d'un gardien, entra dans la cellule occupée par Hellebois et demanda au gardien, devant le soi-disant fou, si celui-ci mangeait proprement et ne répandait pas ses aliments sur lui ou sur le sol. Le gardien répondit qu'il mangeait comme tout le monde. Mais Hellebois, qui avait entendu et compris la réflexion du médecin, modifia aussitôt son rôle et, dès le repas suivant, il se mit à répandre sur lui ses aliments et se verser la soupe dans le cou.

Après le réquisitoire du substitut Lanio, demandant une peine sévère pour ce simulateur qui a été condamné à de nombreuses reprises et a déjà subi une peine de dix années de réclusion pour vols, et malgré les efforts du défenseur qui plaidait l'irresponsabilité, le jury a rapporté une réponse affirmative sur toutes les questions sans accorder de circonstances atténuantes.

Hellebois a été reconduit en prison sans avoir paru entendre sa condamnation à vingt ans de travaux forcés et sans que son attitude se fût modifiée. »

Un désaveu de paternité. — Curieux procès que celui qui vient d'être jugé en audience solennelle par la cour de Lyon.

En 1876, arrivait à Sonnay, petit village du département de l'Isère, une demoiselle Olympe Battail, institutrice. Dans ce village résidait une famille Dubois, jouissant d'une belle fortune en propriétés rurales.

Il y avait là trois fils : l'institutrice flirta plus ou moins avec chacun et, finalement, en 1877, elle réussit à épouser le plus jeune.

Trois mois après le mariage, le mari devenait fou, et il fallut l'interner immédiatement dans un asile d'aliénés. Ce qui lui avait troublé l'esprit, c'est qu'il avait découvert que sa femme avait eu un enfant cinq ou six ans auparavant et constaté qu'au jour du mariage même elle était enceinte de quatre mois. Mais il avait gardé ces secrets pour lui, si bien que sa femme, n'en craignant plus la divulgation, aurait pu demeurer heureuse auprès de ses beaux-parents, si elle n'avait été gênée par sa grossesse trop précoce.

Elle partit et alla accoucher clandestinement dans une ville voisine ; mais elle ne déclara l'enfant à l'état civil qu'assez tardivement, pour qu'il apparût comme né dix mois après le mariage et qu'il eût ainsi une filiation inattaquable.

Cet enfant mourut. Il en fallait un autre pour s'assurer dans l'avenir la succession des beaux-parents.

Elle n'eut pas de peine à trouver un collaborateur. Puis, comme il fallait que le mari pût endosser la paternité, la jeune femme lui fit deux visites dans l'asile où il était enfermé.

Mais, l'enfant mis au monde, certains soupçons vinrent aux beaux-parents, qui se décidèrent à introduire au nom du pauvre fou une action en désaveu.

On a plaidé onze ans durant ! Le tribunal de Vienne, la cour de Grenoble, puis de nouveau le tribunal de Vienne, et encore la cour de Grenoble, puis la Cour de cassation, et enfin la cour de Lyon ont eu successivement à s'occuper du procès.

Aux termes de l'article 312 du Code civil, l'enfant ne peut être désavoué qu'autant qu'il y a eu, par suite d'éloignement, impossibilité de relations entre les époux.

— Or, disait la femme, il n'y a eu ni éloignement ni impossibilité, puisque je suis allée voir deux fois mon mari pendant la période que la loi considère comme étant celle de la conception.

Mais la famille de répliquer :

— Il y a eu éloignement et impossibilité, car vous n'avez vu votre mari que deux fois seulement ; or, votre mari étant dans le section des agités, les deux visites ont été faites conformément au règlement, à la suite d'une autorisation spéciale du médecin et en présence de deux gardiens. Ainsi !...

La cour de Lyon vient de décider que ces « visites » ne suffi-

sent pas pour établir la paternité du malheureux aliéné. Elle a, eu conséquence, accueilli la demande en désaveu introduite par le tuteur du fils Duboys, au nom de toute la famille.

(*Le Temps*, numéro du 18 juin 1891.)

LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ.

— On télégraphie de Nîmes au *Temps* (numéro du 4 juin 1891) :

« Un sieur Vidal, d'Aigremont, canton de Lediguan, âgé de quarante-six ans, a, dans un terrible accès de folie, assassiné à coups de hache sa femme et ses trois enfants ; deux des enfants sont morts sur le coup ; l'état de la mère et du troisième enfant est désespéré.

Le crime accompli, le meurtrier s'est jeté dans une citrue, d'où il a été retiré, puis ligotté. Il a été conduit, dans la soirée, à Alais et écroué à la maison d'arrêt. »

— *Frankfort-sur-le-Mein* : On lit dans le *Temps* (numéro du 25 juin 1891) :

« Un horrible suicide émeut toute la population de Frankfort-sur-le-Mein. Une cuisinière, à diverses reprises, avait manifesté l'intention de se tuer. Hier, dans l'après-midi, elle se rendit au Jardin zoologique. S'étant dévêtue complètement et glissée, sans qu'on l'eût vue, dans la fosse aux ours, elle marcha droit à l'ours blanc.

Tout aussitôt, l'animal se jeta sur elle, lui enleva les seins d'un coup de ses griffes, et, la terrassant, lui ouvrit les entrailles.

Les gardiens avaient entendu les cris désespérés de la malheureuse trop tard pour la sauver ; lorsqu'ils arrivèrent à la fosse, ils ne trouvèrent plus que des débris de chairs que l'ours achevait de dévorer. »

Le Drame de la rue Jacob, à Paris. — On lit dans le *Temps* (numéro du 29 juin 1891) :

« Une scène tragique s'est déroulée, hier soir, dans le quartier d'ordinaire si paisible de Saint-Germain-des-Près. Vers dix heures, M. Ludovici, concierge de l'immeuble portant le n° 46 de la rue Jacob, abordait deux gardiens de la paix et leur déclarait qu'un de ses locataires, M. le baron de Plinval-Salgues, habitant au deuxième étage de la maison un modeste appartement donnant sur la cour, tirait des coups de fusil par les fenêtres de son logement sur toutes les personnes qui s'offraient à sa vue. Doutant un peu de la véracité de ce récit, les agents Dutertre et Robinot se rendirent au lieu indiqué. Quelle ne fut pas leur surprise, en approchant de l'immeuble, d'entendre éclater une véritable fusillade ! Ils pénétrèrent avec précaution sous la porte

cochère et aperçurent un individu qui, appuyé sur la barre d'appui d'une fenêtre, tenait à la main un fusil Lefauchaux dont il déchargea les deux coups sous leurs yeux.

A côté de lui se trouvait une femme tout échevelée, qu'ils virent passer des cartouches au jeune homme au fur et à mesure qu'il tirait. Profitant d'un moment d'acalmie, les agents sortirent de leur poste d'observation et sommèrent ce singulier locataire de mettre bas les armes. Pour toute réponse, les deux énergumènes injurièrent les gardiens de la paix en leur criant : « Vous êtes des assassins, vous serez tous tués ! » Mettant leur menace à exécution, le fusil fut rechargé. Un coup de feu retentit et la charge de plomb vint atteindre Mlle Ida Nelson, employée de Mme Cuhacazzi au moment où, sortant de chez sa patronne, la jeune fille pénétrait dans la cour. Cependant, on était allé prévenir M. Girard, commissaire de police du quartier, qui se rendit aussitôt sur les lieux, accompagné de son secrétaire, M. Dessus, et de M. Bodenfuser, officier de paix du VI^e arrondissement. Déjà, près de cinq cents personnes s'étaient massées devant le n^o 46 de la rue Jacob.

Pour mettre un terme à la fusillade du baron de Plinval, il fallait à tout prix faire le siège de l'appartement dans lequel celui-ci s'était barricadé. Mais, pour y parvenir, il était nécessaire de traverser la cour, au fond de laquelle se trouve l'escalier qui y conduit, et cela sous un feu roulant. Malgré le danger que comportait l'accomplissement d'une semblable tâche, six hommes de bonne volonté s'offrirent. M. Girard leur ordonna de se couvrir de matelas, destinés à amortir les coups. Les deux premiers qui tentèrent de traverser la cour, les agents Dutertre et Robinot, reçurent chacun une charge de plomb qui les étendit sur le carreau, grièvement blessés. Le troisième put heureusement atteindre la cage de l'escalier et s'y réfugier.

Le baron de Plinval, voyant les agents gagner du terrain, mit alors le feu à son appartement et aidé de sa maîtresse, M^{me} Julie Michea, il jeta les meubles par la fenêtre. Entre temps, il tirait des coups de fusil pour empêcher les gardiens de la paix de s'aventurer dans la cour. M. Girard, voyant poindre les lueurs de l'incendie qui commençait à se propager avec une violence extraordinaire, fit requérir les pompiers de la caserne du Vieux-Colombier, qui, arrivés quelques instants après, prêtèrent main-forte aux agents. Le commandant Despruniaux fit dresser l'échelle de sauvetage devant la façade de la maison.

Au cours de la manœuvre, le pompier Legouazzio fut blessé d'un coup de fusil à l'épaule et à la gorge. Étendu sur le sol, il fut ramassé par M. Dessus, secrétaire de M. Girard qui, sans calculer le danger auquel il s'exposait, l'emporta sous la

voûte de la porte cochère pour le faire transporter au Val-de-Grâce. Enfin, à trois heures du matin, quelques gardiens de la paix et quelques pompiers précédés de M. Girard, purent gagner l'escalier conduisant au logis du baron de Plinval. Le commissaire de police fit les sommations d'usage. Il y fut répondu par des coups de fusil tirés dans la porte.

M. Girard ordonna aux pompiers de l'éventrer à coup de hache. Mais à peine était-elle défoncée, que le baron de Plinval, tenant son fusil d'une main et de l'autre une canne à épée, enjambait la barre d'appui de la fenêtre, se précipitant dans le vide. Sa maîtresse, suivant cet exemple, se jetait également par la fenêtre. Tous deux vinrent s'abîmer sur le pavé de la cour, qui était jonché de débris de meubles, de glaces, de bouteilles, etc.

Les agents désarmèrent aussitôt le baron de Plinval qui fut conduit avec sa maîtresse à l'hôpital de la Charité. Vers quatre heures seulement l'immeuble de la rue Jacob, où venaient de se dérouler tous ces incidents, avait repris sa physionomie habituelle.

Ce matin, à dix heures, M. Girard s'est transporté à la Charité et y a interrogé le baron de Plinval, dans la salle Trélat où il occupe le lit n° 23, et sa maîtresse, M^{lle} Julie Michea. Il semble résulter de ce premier interrogatoire que tous deux sont atteints de la folie de la persécution et ont agi sous l'influence des boissons.

Le baron a avoué au commissaire avoir coutume de prendre de l'absinthe. Interrogé sur la façon dont il avait employé son temps dans l'après-midi, il a déclaré être allé chez son père avec sa maîtresse et avoir été éconduit. Il a ajouté qu'ayant récemment perdu 100,000 francs dans une spéculation malheureuse, il n'avait pu rétablir ses affaires. Quant à sa maîtresse, elle est soignée dans la salle Gosselin. Elle a successivement tenu un bar au Pays des Fées et à l'Eden. »

La fille Julie Michea est morte des suites de sa chute; quant au baron, il sera sans doute interné dans un établissement spécial, dès que son état permettra de le transférer.

— On lit dans l'*Echo du Nord* :

Un sieur Théodore Moreau, âgé de quarante-trois ans, demeurant à Ramillies, a été trouvé pendu chez lui dimanche après-midi; sa femme, Marie Balique, âgée de quarante-cinq ans, était dans une chambre voisine, inanimée et tout ensanguantée.

Moreau était atteint d'une maladie du cerveau, et à plusieurs reprises, il avait manifesté l'intention de se suicider et de tuer sa femme auparavant.

Profitant de l'absence de ses six enfants, il a dû se coucher

auprès de sa femme, s'est armé d'un fer à repasser et lui en a donné plusieurs coups sur la tête et sur différentes parties du corps.

M^{me} Moreau porte trois blessures profondes au côté gauche de la tête; l'index de la main droite est fracturé, les mains sont meurtries.

Moreau, croyant sa femme morte, s'est pendu. L'asphyxie était complète lorsque les enfants sont rentrés vers cinq heures. La réputation du meurtrier était déplorable; il était jaloux, paresseux et ivrogne.

FAITS DIVERS.

Consultations gratuites pour les maladies mentales. — Des consultations gratuites pour les maladies mentales ont été créées à l'asile d'aliénés de Marseille, et sont faites par les deux médecins en chef de l'établissement, MM. Boubila et Rey.

A la Polyclinique de Paris, 28, rue Mazarine, M. Legrain, médecin de la colonie de Vaucluse, a commencé, le dimanche 21 juin, à neuf heures du matin, des consultations de médecine mentale, et les continuera les dimanches suivants, à la même heure.

Suicide d'un centenaire. — M. Jean-Jacques Roustant, propriétaire, âgé de cent cinq ans, s'est suicidé vendredi 12 juin, dans la maison qu'il habitait à Desaignes (Ardèche). M. Roustant, dont les facultés s'étaient affaiblies, a été trouvé portant une large plaie au cou.

Le cerveau de Laura Bridgman. — Nos lecteurs ont certainement entendu parler de Laura Bridgman, qui a tant occupé les psychologues. Cette malheureuse était sourde et privée d'odorat, et le goût était faiblement développé. Cette perte de trois sens datait de l'âge de deux ans. En compensation, le toucher avait acquis chez elle une grande finesse, de beaucoup supérieure à la sensibilité normale. Après sa mort, à l'âge de soixante ans, son cerveau a été soumis à une investigation attentive. Le poids en est de 1,200 grammes, ce qui est peu de chose; mais elle était de petite stature. Les circonvolutions occipitales (centre visuel) sont defectueuses; il en est de même pour la circonvolution de Broca et les lobes temporaux. La scissure de Sylvius est courte, et les tubercules quadrijumeaux postérieurs sont atrophiés en partie.

Angleterre. — Dans sa séance du vendredi 5 juin 1891, la Chambre des lords a voté une motion de lord Herschell, tendant à faire une enquête sur les nouvelles mesures qu'il serait

utile de prendre pour l'institution de moyens de cure pour l'ivrognerie habituelle envisagée comme maladie.

Allemagne. — Un écrivain pessimiste allemand et ami de Schopenhauer, Philippe Mainländer, entendant d'une autre façon que son maître la morale pessimiste, s'était tué à Francfort, il y a dix ans. Il avait laissé ses écrits aux soins de sa sœur, Mina Mainländer, poète et philosophe assez connue en Allemagne : celle-ci, convertie aux idées de son frère, vient de se tuer à son tour, le 20 mai dernier.

Les suicides dans l'armée allemande. — Les journaux allemands publient une statistique d'après laquelle, dans l'armée prussienne et dans le 12^e corps (saxon) et le 13^e corps (wurttembergcois), il n'y aurait pas eu, en quatre années (de 1884 à 1888), moins de 949 suicides de soldats, officiellement constatés. Le chiffre le plus élevé aurait été atteint par le 5^e corps (Posnanie), puis par le 3^e (Berlin); le moindre, par le 7^e (Westphalie). C'est surtout au moyen de leurs fusils que ces soldats se suicident.

États-Unis d'Amérique. — Durant les sept années qui viennent de s'écouler, le seul État de New-York a envoyé en Europe — a refusé d'admettre sur le territoire américain — 1974 immigrants pour cause de défectuosité physique et mentale. Les Américains sont pratiques, et ne se soucient pas d'accroître le nombre des « bouches inutiles ». Mais il est certain que le service d'élimination n'est pas fait comme il le faudrait, et les médecins sont unanimes pour signaler la forte proportion des immigrants acceptés malgré de nombreuses imperfections. Un tiers des aliénés, aux États-Unis, viennent de l'étranger, et ce dernier élément fournit encore la moitié et plus encore de la population des hôpitaux et dispensaires. (*Revue scientifique*, n^o du 20 juin 1871).

Testament excentrique. — Legrand du Saulle, dans son excellente *Étude médico-légale sur les testaments contestés pour cause de folie*, a réuni, dans son chapitre spécial, une série d'actes testamentaires étrangers, où l'excentricité confine à la folie. Le suivant, que les journaux politiques ont récemment publié, pourrait trouver place dans la collection de notre regretté collègue :

Une dame française, M^{me} veuve G..., décédée à Pau, le 20 juin, chez les Sœurs de l'Espérance, à l'âge de quatre-vingt-douze ans, a fait un testament d'un caractère scientifique, où, disposant d'une grande fortune, elle a fait notamment les legs suivants :

1^o Un prix de 100,000 fr. est légué à l'Institut de France (section des sciences), pour la personne de n'importe quel

pays qui trouvera le moyen d'ici à dix années de communiquer avec un astre (planète ou autre) et d'en recevoir réponse. Elle désigne notamment la planète Mars, sur laquelle se portent déjà l'attention et les investigations de tous les savants. Si l'Institut de France n'accepte pas le legs, il passera à l'Institut de Milan et; en cas de nouveau refus, à celui de New-York.

2° Un prix de 50,000 fr. est légué à l'Académie de Médecine pour celui qui trouvera le procédé le plus simple pour la guérison des maladies du « cœur comprimé ».

ENSEIGNEMENT.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. Auguste VOISIN a commencé son cours clinique sur les maladies mentales, le dimanche 31 mai, à dix heures, et le continuera les dimanches suivants à la même heure.

M. le D^r SÉGLAS a commencé ses conférences cliniques sur les maladies mentales, le vendredi 19 juin, à deux heures de l'après-midi et les continuera les vendredis suivants, à la même heure.

ASILE DE MARSEILLE. — M. le D^r Ph. REY, médecin en chef, a ouvert un cours clinique des maladies mentales à l'asile Saint-Pierre, de Marseille, le mardi 9 juin, et le continuera les mardis suivants. — Ce cours est inscrit dans le programme d'été de l'Ecole de médecine de Marseille.

AVIS.

— On demande un jeune docteur, disposant d'un certain capital, et ayant été interne dans les asiles, pour coopérer à la fondation d'une *maison de santé*, consacrée spécialement au traitement des maladies mentales et nerveuses, dans une colonie française voisine appelée à un grand avenir.

Cet établissement doit être subventionné et recevoir forcément les aliénés de toute la colonie; aucune institution de ce genre n'existant encore dans le pays.

Ecrire à M. le D^r VERRIER, membre du conseil supérieur des colonies, n° 15, rue des Ecoles.

Le Rédacteur en chef-Gérant : ANT. RITTI.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

L'ALIÉNATION MENTALE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Chronique.

Le deuxième Congrès annuel de médecine mentale. — Session de Lyon.

On n'avait plus à se demander cette année si les Congrès annuels de médecine mentale étaient possibles en France, l'expérience avait été faite à Rouen; mais les organisateurs du deuxième Congrès ont obtenu un succès éclatant. Ce qui différencie la session de Lyon de celle de Rouen, c'est que ce n'était plus un congrès exclusivement français, mais un congrès de langue française. On remarquait parmi les membres présents, d'autre nationalité, MM. Fetschérine, Ladame, Long, Martin (Suisse), Mendelsohn (Russie). Des confrères du Canada avaient fait acte d'adhésion. Nos confrères de la Belgique se sont abstenus de prendre part au Congrès : la distance qui les sépare de Lyon leur avait-elle paru trop grande ?

Nous avons parlé du succès obtenu par les organisateurs, et, en effet, chacun s'accordait à dire qu'il était

difficile, non seulement de faire mieux, mais encore, de faire aussi bien. Le nombre des membres du Congrès dépassait celui des adhérents de l'année précédente. Les questions mises à l'ordre du jour avaient fait l'objet de rapports très étudiés. Ces rapports avaient été imprimés et distribués avant l'ouverture du Congrès, ce qui avait permis de mieux coordonner les discussions. Enfin, pour joindre l'agréable à l'utile, des excursions avaient été organisées aux asiles de Bron, Saint-Jean-de-Dieu, la Teppe, Saint-Robert. Nous ne parlerons pas, pour rester sur le terrain scientifique, du banquet traditionnel qui a eu lieu au parc de la Tête-d'Or, ni de la soirée donnée à l'Hôtel de Ville par la municipalité, qui a à sa tête le docteur Gailleton.

Sur un seul point les organisateurs ont eu un échec partiel. La Compagnie du P. L. M. a refusé d'accorder, aux membres du Congrès, une réduction de prix pour venir à Lyon, et n'a consenti une réduction de 50 p. 100 que pour les excursions de la Teppe et de Saint-Robert. Les organisateurs du prochain Congrès ont à reprendre une négociation avec les compagnies de chemins de fer, car la dépense de déplacement est de nature à provoquer, chez un certain nombre de médecins des asiles, l'hésitation à prendre part au Congrès et l'objection tomberait si la dépense était réduite. Or, au moment où les assemblées parlementaires sont saisies d'un projet de révision de la législation sur les aliénés, les médecins des asiles auraient, plus que jamais, besoin de se réunir une fois par an, de se communiquer les vues des uns et des autres, de s'éclairer mutuellement et de formuler leur opinion. Sans doute, tous les médecins des asiles ne peuvent pas simultanément abandonner leur service, même pour un congrès scientifique, mais on devrait pouvoir réunir au moins la moitié des médecins des asiles français, et cette proportion est loin d'être atteinte.

Sans entrer dans l'analyse détaillée des travaux du Congrès, nous en esquisserons les grands traits.

La première séance a été ouverte, le 3 août, par M. le préfet du Rhône qui a souhaité la bienvenue aux membres du Congrès et a exposé, qu'à son avis, la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés était une excellente loi. Puis on a procédé à la nomination du bureau.

Ont été nommés :

Président : M. BOUCHEREAU.

Vice-Présidents : MM. PIERRET, MAIRET, LADAME, CAMUSET.

Secrétaire général : M. Albert CARRIER.

Secrétaires : MM. WEILL, ROUSSET, ROYET, MARIE.

Présidents d'honneur : MM. MONOD, le Préfet du Rhône, le maire de Lyon, CHARCOT, Th. ROUSSEL, B. BALL, FALRET.

Le bureau constitué, on a abordé l'examen de la première question mise à l'ordre du jour : « Du rôle de l'alcoolisme dans l'étiologie de la paralysie générale. » L'exposé de cette question avait été fait d'une manière très complète par le rapport de M. Rousset, qui ramène les opinions des auteurs à quatre groupes :

1° L'alcoolisme mène à la paralysie générale.

2° L'alcoolisme ne conduit pas à la paralysie générale, mais à une pseudo-paralysie générale.

3° L'alcoolisme et la paralysie générale sont d'abord distincts, mais l'alcoolisme peut mener ensuite à la paralysie générale.

4° L'alcoolisme est une cause occasionnelle, et la prédisposition est nécessaire pour amener la paralysie générale.

Sans proposer au Congrès de conclusion ferme, M. Rousset inclinait à admettre cette dernière opinion. Une discussion s'est engagée, discussion à laquelle

ont pris part MM. Magnan, Régis, Marie, Combemale, Christian, Mairét, Charpentier, Mordret, Cadéac et Ladame.

M. Magnan repousse l'hypothèse de la pseudo-paralysie générale. L'alcool, dit-il, produit la stéatose et la sclérose, et suivant qu'il y a prédominance de l'une ou l'autre forme, il y a démence alcoolique ou paralysie générale. Mais il y a un troisième groupe de malades. Ce sont les héréditaires dégénérés qu'une petite dose d'alcool suffit pour impressionner très vivement, qui présentent alors un délire polymorphe, des idées ambitieuses, mystiques, de persécution; on peut éprouver, dans ce cas, de grandes difficultés pour le diagnostic. Il y a, pour ces trois groupes de malades, des symptômes communs dus à l'alcool, et on ne doit pas tout englober sous la dénomination de pseudo-paralysie générale alcoolique.

M. Régis, s'appuyant sur la statistique du Castel d'Andorte, soutient que l'alcoolisme n'exerce aucune influence sur la production de la paralysie générale.

M. Marie expose que l'alcool n'est pas un facteur étiologique, mais agit sur le *locus minoris resistentiæ*, et dans ses recherches, l'alcoolisme et la syphilis combinés ont paru s'associer à l'hérédité.

M. Combemale fait connaître le résultat de ses expérimentations. Chez le chien, l'intoxication alcoolique a produit des symptômes analogues à ceux de la paralysie générale chez l'homme, et a déterminé une inflammation méningo-encéphalitique.

MM. Christian et Mairét sont d'avis que les symptômes déterminés chez le chien par l'intoxication alcoolique expérimentale ne peuvent pas être identifiés à la paralysie générale. M. Christian pense que la démence paralytique est une encéphalite distincte de l'encéphalite alcoolique ou syphilitique.

M. Charpentier dit que, d'après les relevés statistiques de l'hospice de Bicêtre, c'est chez les alcooliques que la paralysie générale acquiert son maximum de fréquence; mais on observe des malades présentant des symptômes qui simulent la paralysie générale sans qu'à l'autopsie on en trouve les lésions.

M. Cadéac expose que, chez les buveurs, il faut faire une distinction entre les cas de stéatose et de sclérose ou cirrhose. Le vin fait de la stéatose, et les liqueurs, par les aromates qu'elles contiennent, font de la sclérose.

M. Ladame rappelle que le peuple suisse, en 1887, a adopté une loi pour établir le monopole des boissons alcooliques, et cette loi a eu le résultat de diminuer la consommation de l'alcool. On a pu rechercher quelles avaient été les conséquences au point de vue de la fréquence de l'alcoolisme et de la paralysie générale. On a observé un abaissement sensible du nombre des alcooliques depuis 1887. La paralysie générale n'a pas diminué et aurait plutôt subi une légère augmentation.

La première séance avait été assez bien remplie pour qu'on renvoyât la suite de la discussion au lendemain matin. Elle fut renvertie par M. Camuset pour qui l'alcoolisme est un facteur déterminant.

M. Joffroy répondit que la statistique ne prouve pas que l'alcool ait agi seul et en l'absence d'une prédisposition. On parle des alcooliques déments et des alcooliques déments paralytiques; mais il y a une troisième classe, ce sont les alcooliques qui ne sont ni déments ni paralytiques généraux. Les expériences sur les animaux montrent qu'on peut provoquer par l'intoxication alcoolique une encéphalite interstitielle; mais dans la paralysie générale, il y a une lésion parenchymateuse.

M. Pierret a exprimé l'avis qu'on s'était écarté de la question en recherchant s'il existait une pseudo-paralysie générale. On sait qu'il y a des cérébraux. Or, dans la

paralysie générale, il y a déchéance intellectuelle et c'est la cellule nerveuse qui est intéressée; car ce n'est pas l'altération des vaisseaux ou du tissu interstitiel qui peut expliquer les symptômes de la démence paralytique et M. Pierret a vu des cas de paralysie générale sans sclérose cérébrale. L'évolution sénile donne aussi la sclérose, l'athérome, et il n'y a pas de phénomènes se rapprochant de la paralysie générale. Les alcooliques sont atteints de sénilité précoce, et la cellule est troublée par la modification de la nutrition. L'alcool peut agir aussi sur la cellule, et c'est la cellule nerveuse qu'il faut examiner dans la paralysie générale.

M. Mordret pense que l'alcool, comme la syphilis, altère la constitution, mais l'alcool produit surtout la stéatose.

M. Gilbert Ballet croit que, pour résoudre la question posée, on doit surtout s'adresser à la statistique, mais les statistiques varient suivant les observateurs et suivant le lieu. Dans les asiles privés, on fait jouer un grand rôle à la syphilis, dans les asiles publics à l'alcoolisme. L'expression pseudo-paralysie générale n'a pas eu de succès parce qu'on a cru qu'il s'agissait d'une entité morbide, ce qui est une erreur; mais il faut conserver le mot comme avertissement, pour ne pas confondre la paralysie générale vraie avec ce qui ne l'est pas.

Après cette discussion, le Congrès ne pouvait adopter aucune conclusion, et on a abordé la seconde question : « De la responsabilité légale et de la séquestration des aliénés persécuteurs. »

Dans un rapport très intéressant sur cette question, M. Contagne définit d'abord l'aliéné persécuteur qui doit présenter trois caractères : en premier lieu, un état persistant et durable; en second lieu, circonscrire une persécution active sur un ou plusieurs individus; enfin, avoir conservé la faculté de raisonner les concep-

tions déduites d'un point de départ faux, en enchaînant les idées de manière à faire illusion à un observateur superficiel.

M. Contagne divise les persécuteurs en deux classes : les persécuteurs persécutés, et les persécuteurs raisonnants. Les premiers sont des aliénés dangereux, qu'on doit séquestrer ; les seconds appartiennent à la grande famille des dégénérés héréditaires de M. Magnan, et pour eux se pose la question de la responsabilité partielle ou limitée.

Le mémoire de M. Contagne a provoqué une discussion à laquelle ont pris part MM. Charpentier, Girard, Gilbert Ballet. M. Rouby a lu un mémoire sur la folie de Ravailiac qui, d'après ses interrogatoires, aurait dû être considéré comme un halluciné atteint du délire des persécutions et poursuivi par l'obsession de tuer le roi. Enfin, M. Lacour a fait l'exposé de la troisième question mise à l'ordre du jour : « De l'Assistance des épileptiques. »

M. Lacour est un ardent défenseur de l'assistance des épileptiques. Dans un rapport des plus intéressants, il a montré combien aujourd'hui cette assistance, envisagée d'une manière générale, était défectueuse et insuffisante. A Lyon, l'administration hospitalière a organisé un service d'épileptiques non aliénés à l'Antiquaille, et une colonie au château du Perron, mais c'est un exemple qui n'est suivi dans presque aucune ville. En dehors de l'Assistance publique, trois établissements ont été créés en France, ce sont les asiles de la Teppe dans la Drôme, de la Devèze dans le Cantal, et de la Force dans la Dordogne. Leur création a été inspirée par le sentiment religieux, et ce sont des établissements confessionnels.

A l'étranger, les épileptiques ne sont guère mieux assistés, et le seul établissement où les épileptiques

étaient vraiment hospitalisés, il y a quelques années, était la colonie de Bielfeld en Westphalie.

Dans ces derniers temps, quelques établissements analogues ont été créés dans la Saxe, dans la Poméranie, dans le Brandebourg, en Suisse. Le dernier en date est celui élevé sur le Rütli, près de Zurich. La conclusion de M. Lacour est que l'assistance des épileptiques indigents fait partie de l'Assistance publique au même titre que les autres infortunes. Le projet de loi présenté par M. Reinach rend cette assistance obligatoire, et si ce projet n'aboutit pas, il est à souhaiter que l'article le plus généreux qu'il renferme lui survive; mais il faut se garder d'avoir un parti pris sur tel ou tel mode d'assistance. M. Lacour soutient qu'il est libéral et humain de laisser naître et évoluer à sa guise la charité privée, et de tenir grand compte des lieux, des habitudes, des coutumes, des traditions, des croyances et même des légendes.

Personne ne pouvait venir combattre un éloquent plaidoyer en faveur de l'assistance des épileptiques, et le seul point à discuter était le meilleur mode d'assistance.

M. Rey pense qu'on doit annexer des colonies aux asiles d'aliénés.

M. Albert Carrier distingue les épileptiques non aliénés en plusieurs classes. (Les épileptiques aliénés sont justiciables des asiles.)

1° Épileptiques avec infirmités plus ou moins graves; ce sont des incurables à placer dans des hospices.

2° Épileptiques simples, valides.

A. Avec crises fréquentes. Ils doivent être hospitalisés, mais à titre temporaire, parce que les crises peuvent devenir rares et on ne donne pas à ces malades le caractère d'incurables.

B. Avec crises rares. L'hospitalisation n'est pas

nécessaire. On peut assister et surveiller à l'aide d'une consultation.

M. Carrier a exposé qu'on doit assister les épileptiques à diverses périodes. Il faut les instruire d'abord, puis leur apprendre un métier, et il faut tenir compte de leur caractère pour améliorer leur état moral. Ils sont méfiants, mais aussi c'est qu'ils sont repoussés de partout.

M. Ladame a fourni quelques renseignements sur l'assistance des épileptiques à Zurich, et M. Leriche sur l'assistance des épileptiques dans le département de Saône-et-Loire.

La journée a été terminée par la lecture du mémoire de M. Mairat, sur la température dans les attaques d'épilepsie, recherches faites pour dépister la simulation, et par la lecture d'un mémoire de MM. Cadéac et Meunier sur les éléments épileptogènes contenus dans la liqueur dite Eau d'arquebuse, et dont on consomme beaucoup dans le département du Rhône.

J'ai eu tort de dire que la journée était terminée, car, en réalité, c'est par le banquet confraternel que s'est terminée la seconde journée du Congrès. Comme à Rouen, les organisateurs ont pensé qu'il valait mieux provoquer une réunion amicale au début qu'à la fin du Congrès, pour permettre aux divers membres de mieux faire connaissance les uns avec les autres, et personne ne l'a regretté.

La troisième et la quatrième journée étaient des journées d'excursions.

On avait rendez-vous le mercredi matin à l'*Asile départemental d'aliénés du Rhône*. Il paraît que nous devons perdre l'habitude de dire l'Asile de Bron. Les habitants de la commune de Bron voyaient avec peine que, dans la région, l'expression : aller à Bron, fût synonyme d'« être devenu fou ». Ils ont sollicité le

changement de nom de l'asile, et l'administration départementale leur a donné satisfaction. Puisse cette décision leur permettre de couler des jours heureux !

Une grande réception avait été organisée à l'asile. Le préfet du Rhône, le président du Conseil général, la Commission de surveillance y prenaient part. Nous n'avons pas à entrer ici dans la description de l'asile, et nous nous bornerons à dire qu'on a visité avec beaucoup d'intérêt le laboratoire où le professeur Pierret a réuni une remarquable collection de crânes.

De l'Asile public, le Congrès s'est rendu à l'Asile Saint-Jean-de-Dien. Nous ne pouvons pas comparer, au point de vue de la disposition des bâtiments, un établissement déjà relativement ancien, aux grands asiles modernes, mais nous avons été frappés de l'excellente tenue de l'asile. Nous avons constaté que le frère directeur ne mettait aucune hésitation à nous faire voir les quartiers d'indigents aussi bien que le pensionnat, qui a de fort belles salles ; mais ce dont nous pouvons surtout féliciter les frères de Saint-Jean-de-Dieu, c'est de subir sans réserve l'influence de leur médecin, le D^r Édouard Carrier, qui a succédé à son père, et est en réalité le chef de l'établissement.

On a terminé la journée par la visite de la Faculté de médecine, dont les professeurs Pierret et Lacassagne faisaient les honneurs, avec leur amabilité habituelle.

Le jeudi, on se réunissait le matin à bord du bateau *Le Gladiateur* pour descendre le Rhône jusqu'à Tain, et faire précéder ainsi par une ravissante promenade la visite à l'Asile de la Teppe. L'établissement est situé dans un beau site et au milieu d'une campagne riante. Il est dirigé par des sœurs de Saint-Vincent-de-Paul. Nous ne saurions, après une visite un peu superficielle, porter un jugement définitif ; mais l'impression qui nous est restée est qu'on ne saurait le prendre comme modèle

pour l'assistance des épileptiques. Le médecin nous a semblé n'avoir qu'un rôle très secondaire, et les malades difficiles n'y sont pas conservés. On ne nous a pas fourni de documents précis sur les résultats du traitement ; l'un de nous a demandé des renseignements sur la thérapeutique employée ; la réponse a été que la formule du remède est le secret de la maison. L'établissement peut rendre des services, puisqu'on y assiste des malades qui ne seraient pas reçus ailleurs, mais c'est une assistance très imparfaite. Le nombre des épileptiques était, nous a-t-on dit, de 271, dont la moitié environ pensionnaires payant un prix de pension relativement assez élevé. L'avantage de la Teppe est d'être bien situé à la campagne. Le côté défectueux est que les sœurs nous ont paru y être maîtresses, et soigner les malades à leur guise ; nous ignorons quel contrôle est exercé sur elles.

En résumé, excursion fort agréable et nous laissant comme impression qu'en France l'assistance est tout à fait insuffisante pour les épileptiques.

Le vendredi 7, le Congrès reprenait ses séances.

Après avoir entendu un mémoire de MM. Weill et Dubois sur la toxicité des urines des aliénés, on abordait une discussion des plus intéressantes sur la revision de la loi du 30 juin 1838. M. Thévenet, député du Rhône, président de la Commission parlementaire chargée de l'examen de la proposition de loi de M. Reinach, assistait à la séance.

Dans un discours plein de clarté, M. Rebatel a exposé que les modifications proposées pour le placement des aliénés n'apportaient aucune garantie pour la liberté individuelle. L'intervention des tribunaux ne présente pas d'avantages, car le tribunal ne peut se prononcer que sur enquête, c'est-à-dire sur le vu de certificats médicaux, et il n'aura pas d'autres éléments d'appréciation

que ceux qui sont à la disposition du préfet. Le tribunal est anonyme, et ses membres, en prenant une décision, n'engagent pas leur responsabilité aussi directement que le préfet, qui est responsable, non seulement devant le gouvernement, mais dont les actes sont contrôlés par l'opinion publique et la presse. En admettant que le préfet puisse se tromper, celui qui est placé dans un asile d'aliénés a recours au tribunal ; ce recours sera, en réalité, supprimé si l'admission est ordonnée par le tribunal, et l'erreur serait sans appel, car on ne pourrait pas demander au tribunal de se déjuger.

Les inconvénients qui résulteraient de cette intervention seraient multiples. Les médecins s'efforcent de faire considérer les aliénés comme des malades ; or, on en ferait une catégorie à part, on les mettrait en quelque sorte hors de la société, et c'est un danger.

On connaît les précautions prises par les familles pour dissimuler un délire passager, et le malade sortant de l'asile public ou privé peut reprendre sa position. En sera-t-il de même lorsqu'un jugement l'aura proclamé aliéné ? On cherchera alors à tourner la loi, on s'adressera à des établissements clandestins ; on conduira le malade à l'étranger. Ce dernier cas a bien été prévu par le projet de loi ; mais quelle action aura-t-on pour empêcher ce placement à l'étranger sans aucune déclaration ? En réalité, il n'y a pas de sanction. Les abus signalés pour demander la revision de la loi de 1838 sont en nombre infiniment petit, puisqu'on ne sort guère des trois affaires Sandon, Seillière, Monastério, et cela pour une loi qui s'applique plusieurs centaines de fois chaque jour en France. Quant au quartier d'observation, il sera mauvais pour le malade s'il est réduit à un simple quartier où l'on sera tenu de conserver sans classement des malades tranquilles avec des agités et des malpropres, ou bien il faudra que ce quartier soit

un petit asile dans l'asile, et c'est imposer, sans nécessité bien évidente, une lourde charge aux départements qui auront à modifier des établissements pour la construction desquels on a déjà fait de grandes dépenses.

M. Rebatel, toutefois, ne pense pas que la loi de 1838 doive être conservée intégralement sans modification. Il approuve les placements volontaires autorisés sur la demande des malades qui sentent le besoin d'une protection et d'un traitement. Enfin, les biens des aliénés ne sont pas aujourd'hui suffisamment sauvegardés ; toutefois, il ne faudrait pas trop hâter la nomination du tuteur, car le malade peut guérir et reprendre la gestion de ses biens.

M. Sabran, président de la Commission administrative des hospices de Lyon, et membre du Conseil supérieur de l'Assistance publique, a parlé dans le même sens que M. Rebatel. M. Sabran n'admet pas que l'intervention des tribunaux doive s'exercer pour le placement des aliénés en vertu d'un principe de droit. Aujourd'hui, on pratique l'isolement pour les maladies contagieuses. On prescrit des quarantaines, et personne ne songe, dans ces cas, à provoquer une décision de la justice. Ce sont des mesures de police, et il en est de même pour les aliénés qui sont un danger pour la sécurité publique. On doit soumettre les aliénés le plus vite possible à un traitement, et les tribunaux retarderont ce traitement. Enfin, les traces des décisions judiciaires resteront, et c'est un danger, car l'opinion publique ne séparera pas les aliénés des délinquants.

Comme M. Rebatel, M. Sabran pense que la loi de 1838 peut être améliorée ; on doit applaudir à la proposition d'assister les épileptiques. Il y a là, aujourd'hui, une véritable lacune, et l'établissement de la Teppe est surtout destiné aux malades riches.

M. Pierret a insisté sur la nécessité d'une assistance

immédiate lorsque l'aliénation mentale se déclare. Aujourd'hui, pour entrer dans un asile, il faut être riche ou dangereux. On finit, à force de sollicitations, à faire entrer l'aliéné pauvre dans un asile, mais c'est alors un malade chronique. La proportion des guérisons diminue en France, parce que la plupart des malades entrant dans les asiles sont devenus incurables faute de traitement en temps opportun.

MM. Bouchereau et Christian ont contesté les conclusions tirées de la statistique par M. Pierret. M. Camusët a fait observer que, dans sa proposition de loi, M. Reinach se préoccupait plus de la liberté individuelle que de la sécurité publique. M. Girand a appelé l'attention sur les inconvénients de la décentralisation dans le service des aliénés. M. Parant a signalé les inconvénients des enquêtes judiciaires, telles qu'elles sont pratiquées aujourd'hui à l'admission des malades dans les établissements d'aliénés. Les secrets des familles sont divulgués par les Parquets, qui emploient d'une manière intempestive les commissaires de police et les agents de police, ce qui constitue un fait déplorable. Il émet le vœu que des mesures soient prises pour améliorer cette situation:

M. Rouby combat l'article 19 du nouveau projet de loi, et signale quatre faits où la sortie ordonnée par les tribunaux a entraîné des malheurs consécutifs.

Comme conclusion de la discussion, M. Rebatel a proposé le vœu suivant :

« Les membres du Congrès de médecine mentale de
« Lyon, considérant que la loi de 1838, appliquée jour-
« nellement depuis plus de cinquante ans, répond aux
« besoins des malades et n'a donné lieu qu'à des abus
« très restreints comme nombre et des plus contestables
« comme faits.

« Émettent le vœu : que la loi de 1838, susceptible

« de quelques perfectionnements dans les détails, soit
« maintenue dans ses dispositions générales. »

Ce vœu a été voté à mains levées à l'unanimité.

M. Thévenet a remercié les membres du Congrès de l'avoir convié à assister à la séance. Il a ajouté que la Commission parlementaire n'a pas voulu examiner le texte du projet de loi qui lui était soumis avant d'avoir interrogé des personnes compétentes et visité un certain nombre d'asiles. Elle a désigné comme rapporteur M. le Dr Lafond et elle a adopté deux grandes idées générales :

1° L'aliéné ne doit pas être traité comme un malfaiteur et ne doit pas être flétri par la justice.

2° L'assistance doit être assurée pour les pauvres.

Cette communication a été saluée par de nombreux applaudissements.

La dernière séance du Congrès a été consacrée à la lecture de mémoires sur des sujets étrangers aux questions mises à l'ordre du jour.

M. le professeur Renaut a lu un travail intitulé : « Contribution à l'étude histologique de l'écorce du cerveau. » M. Joffroy a lu un mémoire dont la conclusion est que la fièvre typhoïde ne crée pas la folie et n'est qu'une cause déterminante. M. Ladame a communiqué ses observations sur l'emploi de l'électricité statique comme mode de traitement dans les formes dépressives de la folie, et son association à l'hydrothérapie.

M. Gilbert Ballet a lu un mémoire sur l'hypnotisme au point de vue médico-légal ; M. Combemale sur l'alcoolisme ancestral ; M. Saury sur des troubles vasomoteurs et trophiques chez une dégénérée hypochondriaque ; M. Boubila sur l'emploi du chlorure d'or et de sodium dans le traitement de la paralysie générale ; M. Cullerre sur un effet paradoxal dans l'application

du traitement par la morphine ; M. Charpentier sur les troubles cérébraux dans le cancer de l'estomac ; M. Chaurmieu sur un cas d'hallucinations persistantes de la vue liées à une lésion cérébrale ; M. Royet sur les yeux des aliénés ; M. Belle sur la culture du vaccin à l'asile Sainte-Catherine ; M. Revillet, de Cannes, sur la déformation du nez chez les idiots ; M. Rey sur l'effet de la trépanation dans un cas de paralysie générale.

Nous ne saurions, sans dépasser les limites d'une chronique, analyser tous ces mémoires, et nous devons nous borner aujourd'hui à une simple énumération.

La prochaine réunion a été fixée au premier lundi du mois d'août 1892, à Blois, et après la motion d'adresser aux organisateurs du Congrès des remerciements bien mérités, motion à laquelle on a répondu par des applaudissements unanimes, le président a déclaré la session close.

Le soir, une brillante réception était offerte par la municipalité, et M. le Dr Gaillieton faisait aux membres du Congrès les honneurs du bel Hôtel de Ville de Lyon. Enfin, tout se terminait le lendemain par l'excursion à l'asile Saint-Robert. Le plus cordial accueil nous y attendait. Il devait en être ainsi, puisque nous y trouvions notre excellent confrère le Dr Dufour, et l'on s'est fait un plaisir d'applaudir les éloges qui lui ont été donnés par le président de la Commission de surveillance de l'Asile. Pas plus qu'à l'égard de Bron, nous ne pouvons aborder la description de l'établissement et nous bornons à dire qu'on en a admiré la bonne tenue. C'est qu'en effet, on y sent la prédominance du médecin qui, nécessairement, est soucieux des soins à donner aux malades qui lui sont confiés.

Après la journée passée à Saint-Robert, chacun se séparait, emportant le meilleur souvenir de la semaine qui venait de s'écouler. L'impression générale est que le

Congrès de Lyon comptera parmi les plus brillants Congrès de médecine mentale ; le mérite en revient aux organisateurs, parmi lesquels nous devons citer plus particulièrement MM. Albert Carrier et Rebatel. Nous serons heureux de retrouver l'année prochaine à Blois les confrères qui nous ont si bien accueillis.

A. GIRAUD.

Pathologie.

L'ALIÉNATION MENTALE

CHEZ LES DÉGÉNÉRÉS PSYCHIQUES

Par le Dr H. DAGONET

Suite (1)

TROUBLES INTELLECTUELS OBSERVÉS CHEZ LES DÉGÉNÉRÉS PSYCHIQUES.

En tête des manifestations délirantes que présentent les individus atteints de dégénérescence psychique, les auteurs ont placé ce qu'ils ont appelé la folie du doute. Nous en dirons peu de mots : elle a été l'objet dans ces derniers temps de mémoires intéressants.

Cette affection nous a paru relativement rare, nous croyons qu'on ne l'observe que d'une manière très exceptionnelle dans les asiles publics d'aliénés ; on la remarque plus souvent chez les malades soignés dans leur propre famille.

Nous nous rappelons entre autres un malade traité dans sa famille, atteint de cette forme d'aliénation mentale et dont nous regrettons de ne pas avoir conservé

(1) Voyez les *Annales* de juillet-août.

l'observation. Il était un véritable dégénéré héréditaire, d'ailleurs professeur distingué. Le délire du doute dont il a présenté les caractères les plus accentués et dont il a souffert pendant assez longtemps, s'est plus tard transformé en un délire aigu, violent, avec hallucinations terrifiantes de la vue et de l'ouïe; il ne faisait aucune espèce d'excès. Le malade s'est rétabli de cet accès maniaque et, depuis, il mène une existence fort tranquille, mais son esprit est habituellement dominé par des idées mystiques.

Ball, Séglas, Ladame ont particulièrement appelé l'attention sur ce sujet. Le D^r Ladame, de Genève, a fait à propos de la folie du doute une intéressante communication au dernier Congrès international de Berlin (V. *Ann. méd.-psych.*, numéro de décembre 1890, p. 369). Cette forme remarquable de trouble mental tiendrait, suivant lui, à la constitution originelle du cerveau, et durerait plus ou moins pendant toute la vie du malade avec des rémissions ou des exacerbations.

Schüle en a fait une bonne description. Les idées obsédantes, dit-il, la folie du doute, celle du toucher, forment le bagage ordinaire des folies consécutives à la dégénérescence psychique. Une fois l'obsession créée, ajoute cet auteur, le repos moral est perdu. Le malade cherche en vain une explication à l'état neuroasthénique qui l'a envahi; un mot qu'il lit, une parole qu'il entend, tout augmente son angoisse; c'est un besoin de faire toujours de nouvelles questions, de vérifier les réponses qui sont faites; il ne peut sortir de ce cercle, ses questions éternelles ne sont jamais satisfaites, mais le silence l'irrite encore davantage, il ne peut le supporter. L'eau doit-elle être plus chaude, plus froide, quels aliments doit-il employer, doit-il se reposer, prendre de l'exercice, quels mouvements doit-il faire? etc.

Tout est pour lui un motif de questions et d'anxiété

pénible. Il a des remords, se fait des reproches sur sa coupable indifférence. Les semaines s'écoulent au milieu d'une douleur infinie, rien ne peut le soustraire à son angoisse.

De même pour la maladie du toucher, l'idée d'une souillure possible torture son esprit; l'angoisse lui fait fuir le contact de certains objets. Parfois il se rend compte du ridicule de ses actes, mais il ne peut éviter de les accomplir.

Parmi les objets dont le contact est le plus redouté, on doit citer les métaux, les boutons de porte, le verre. Le malade est obligé de se faire aider par une autre personne pour ne pas tomber dans une crise qu'il ne saurait autrement éviter (Schüle, *loc. cit.*, p. 444 et suiv.).

La folie du doute, celle du toucher, peuvent cependant, dans quelques cas tout à fait exceptionnels, se manifester en dehors de toute dégénérescence psychique; l'observation suivante nous a paru intéressante à rapporter sous ce rapport.

C..., âgé de soixante-quatre ans, est entré à l'asile Sainte-Anne au mois d'avril 1883.

Il est atteint depuis de longues années, dit le Dr Blanche, d'une monomanie qui l'a envahi de plus en plus et qui, en le rendant incapable d'exercer sa profession, l'a conduit à la misère. Il est dominé par la préoccupation et la crainte incessantes de la rage, il ne peut rencontrer un chien sans le croire atteint d'hydrophobie; il voit partout du virus rabique sur les vêtements, sur les sièges, sur les meubles, et son existence est un supplice perpétuel.

Il a déjà été traité dans une maison de santé, puis à Bicêtre.

Il avait été mordu neuf ans auparavant par un chien; depuis, il aurait eu peur de la rage. Il avait aussi éprouvé toutes sortes de peines; sa fille, institutrice en Amérique, lui aurait soustrait le peu d'argent qu'il possédait. Il n'avait pas présenté, étant jeune, de signes de dégénérescence, mais il existait chez lui une prédisposition héréditaire: une tante maternelle, atteinte d'aliénation mentale, s'était suicidée. Il était un

héréditaire comme on en trouve tant d'exemples dans les folies les plus diverses.

D'après les renseignements que nous donne sa femme, il serait devenu aliéné vers l'âge de quarante-cinq ans; il voit partout le virus de la rage; un bouton de porte, la moindre chose l'effraie; il prenait du papier pour ouvrir les portes, se mettait dans de violentes colères, prétendant qu'on mettait du virus dans ses aliments, que ses chemises en étaient remplies; il restait continuellement obsédé de la même idée.

Il s'était toujours montré très sobre. Depuis plus de trente ans, il conserve les mêmes dispositions d'esprit sans affaiblissement sensible dans ses facultés; il ne peut voir un chat, surtout la nuit, sans être en proie à une indicible terreur (1).

Les *extravagants* constituent l'une des formes les plus ordinairement observées de dégénérés; inutile d'ajouter que ces demi-aliénés sont pour leur famille, comme pour la société, un véritable fléau. Ils présentent, en effet, pour le diagnostic de sérieuses difficultés et surtout pour les mesures à prendre dans l'intérêt de la sécurité et de la tranquillité de ceux qui les entourent. Leur conduite est étrange, leurs actes bizarres, inexplicables, ils peuvent vivre longtemps sans être atteints d'un véritable accès de folie qui permette enfin de les internier dans un asile, au grand soulagement de ceux qui sont obligés de vivre avec eux. Lorsqu'ils commettent des actes nuisibles, criminels ou délictueux, on ne sait jusqu'à quel point on doit les rendre responsables. Souvent leur accès d'aliénation mentale n'est qu'une exagération considérable de leur état habituel.

Trélat a décrit, sous le nom de maniaques lucides, maniaques avec conscience, des malades qui, tout en ayant des accès de manie bien caractérisés, exercent assez de puissance sur eux-mêmes pour les contenir et,

(1) Voir un cas intéressant de folie du doute, par Ségas. In *Bulletin de la Société de médecine mentale de Belgique*, p. 214, juin 1890.

jusqu'à un certain point, pour les ajourner. L'état de la plupart d'entre eux est, dit-il, longtemps ignoré dans le monde. Ils sont toujours lucides, ils le sont jusque dans leurs accès, et ces accès n'éclatent ordinairement que dans l'intérieur de la famille.

Ceux qui les voient chez eux et ailleurs les tiendront pendant plusieurs années pour gens raisonnables. Ils peuvent sortir chaque jour, faire et recevoir de nombreuses visites, obtenir des succès, contracter des liens intimes, mais non solides. S'ils veulent se marier, ils emploient, pour arriver à leur but, des efforts inouïs et, aussitôt qu'ils y sont parvenus, comme ils n'ont plus d'intérêt à feindre, ils ne dissimulent plus. Leurs emportements maniaques ont quelque analogie avec les accès de colère qui peuvent en apparence reconnaître une cause accidentelle, mais que rien n'eût pu ni éviter ni prévenir. C'est au milieu de la conversation la plus paisible qu'éclate une fureur que rien ne peut modérer. En cédant à leurs accès, ils obéissent au délire qui les domine et les entraîne. La contradiction les jette soudainement dans un état de vive irritation, ils n'admettent aucune explication, ils cèdent invinciblement à l'impulsion qui les domine, et jusqu'an milieu de leur fureur, ils restent lucides, conservent un souvenir parfait de tout ce qui se passe (Trélat, *loc. cit.*, p. 289-312).

X..., dont nous résumons ci-dessous l'observation, est un type de cette forme de manie extravagante et lucide.

Son existence a été bizarre; élevé dans un séminaire, il fait la connaissance d'une femme dont il devient jaloux; très violent avec elle, il cherche une fois à l'étrangler, la poursuit avec un poignard. Tout est pour lui prétexte de jalousie, de scènes violentes et d'accès de rage; il s'engage enfin dans les zouaves pontificaux.

L'accès maniaque pour lequel il est placé à l'asile Sainte-Anne, et dont il se guérit rapidement, était caractérisé, suivant le certificat du D^r Legrand du Saulle, par des périodes

d'excitation maniaque violente, des extravagances, des impulsions subites et des menaces de mort et par des alternatives de dépression mélancolique, de découragement, de mysticisme et des aspirations vagues vers un idéal inconnu.

On observait chez lui une grande mobilité dans les projets, dans les sentiments; il passait, sans transition, de l'amour à la haine, de la confiance aux soupçons les plus exagérés, des témoignages d'amitié à des menaces de violence, interprétant dans le sens de ses conceptions délirantes momentanées des faits réels ou des paroles prononcées.

H... est également fort dangereux et sujet à de fréquents accès d'excitation maniaque. Sa mère a été aliénée, son frère est mort dans un asile d'aliénés, une de ses nièces est idiote. Ses accès maniaques durent environ cinq à six semaines. Il est très dissimulé et très jaloux de sa femme. Ses idées sont déraisonnables, son raisonnement peu suivi; les yeux brillants, les mouvements brusques, il paraît animé d'impulsions mauvaises, qu'il peut cependant contenir, quoique difficilement. Il existe pendant l'accès un mélange d'idées ambitieuses; il veut fonder un cabinet de lecture, ouvrir une souscription, partir pour Marseille, etc.

L... a sa mère aliénée, traitée à Ville-Évrard. Depuis l'âge de dix-sept ans, sa conduite est déraisonnable; il a dépensé à son père plus de 30,000 francs; il fait toutes sortes d'extravagances, se montre très changeant, met au Mont-de-Piété les montres qui lui sont confiées. Il a presque tous les ans des accès maniaques qui ne durent que peu de temps. Ceux-ci revêtent particulièrement une forme ambitieuse et se caractérisent par des actes extravagants, souvent indécents. Il prend une voiture pour se faire conduire au Grand-Hôtel, sous prétexte d'aller voir un marquis, ou bien au Conservatoire de musique, se croyant grand musicien; il prétend être préfet, avocat célèbre, affirme avoir pris son café avec l'impératrice, donne au cocher qui le conduit un centime pour un franc, etc. Une fois l'accès passé, il a conscience de toutes ses extravagances.

On peut rencontrer dans cette catégorie d'extravagants des individus fort intelligents :

G... a publié nombre de travaux, un livre entre autres qui a eu trois éditions; c'est un homme extravagant, dominé par des idées de grandeur, satisfait de lui-même, entêté, orgueilleux et violent; toute sa vie, il s'était occupé de réformes

sociales. Sujet à des accès d'excitation maniaque, il veut alors tout changer en médecine, en administration, il offre à tous sa collaboration, il se croit la victime de manœuvres coupables de la part des ministres de plusieurs nations étrangères qui influenceraient les médecins. Quoique très intelligent, il est incapable de se diriger seul, toute sa vie a été remplie par des excentricités, ses idées sont changeantes; il passe sans transition d'un sujet à un autre; une fois il vend son mobilier en l'absence de sa famille, il prend des voitures sans les payer; c'est le type de l'esprit de désordre; lorsqu'on le contrarie, il devient incohérent; il avait des dettes dans tout le quartier qu'il habitait, achetait des pendules pour les revendre ensuite, dépensant de tous côtés sans la moindre réflexion. C'est à l'état normal un demi-aliéné, qui le devient tout à fait sous l'influence de certaines contrariétés.

L'accès maniaque chez les dégénérés à conduite extravagante peut d'ailleurs prendre les formes les plus diverses; on observe quelquefois un véritable délire hallucinatoire avec conservation de la conscience; les hallucinations se reproduisent dans quelques cas par le seul fait de la volonté de l'individu.

H... nous offre un curieux exemple de cette forme de maladie. Il a été placé une vingtaine de fois dans les asiles de la Seine; il existe chez lui une prédisposition héréditaire très marquée; grand-père maternel procédurier et dissipateur, grand-père paternel alcoolique; mère nerveuse, tante hystérique, oncle paternel hypocondriaque avec idées de persécution, mais intelligent et conservant la conscience de ses conceptions délirantes.

Il avait lui-même, étant jeune, une disposition au délire, qu'une simple indigestion suffisait à provoquer; jusqu'à l'âge de neuf ans, il est sujet à des accès de somnambulisme; il se levait la nuit les yeux grands ouverts et allait se coucher avec un de ses parents; le matin, il ne voulait pas le croire. A l'âge de treize ans, il s'échappe du collège pour aller en Italie se faire chef de brigands; puis il voulait être comédien, saltimbanque. Il se fit recevoir, à l'âge de vingt-six ans, avec la plus grande facilité, capitaine au long cours.

Il nous raconte lui-même qu'il a une grande disposition aux

hallucinations, elles se produisent chez lui volontairement par le seul fait de fermer les yeux et surtout dans la période intermédiaire à la veille et au sommeil. Elles s'accompagnaient souvent de secousses nerveuses le long de l'épine dorsale. Ses idées, ses souvenirs se répètent à certains moments à son oreille sous forme d'écho. Les hallucinations de la vue sont plus fréquentes chez lui que celles de l'ouïe. Il voit non seulement des personnages plus ou moins éloignés, mais d'autres objets, des rochers, des champs, des boulevards animés, etc. Il a la conscience parfaite de cette disposition psychologique.

L'état *nerveux*, névropathique, crée nécessairement chez les dégénérés les dispositions morales les plus diverses; les formes d'aliénation mentale qui en résultent présentent, elles aussi, les variétés les plus nombreuses. On retrouve chez les uns la dépression mélancolique, chez d'autres l'exaltation mégalomaniacale; mais chez le plus grand nombre de véritables accès maniaques; dans tous les cas, on constate une empreinte de la dégénérescence psychique qui a préexisté.

Les accès maniaques chez les dégénérés *névropathes* se produisent brusquement, sans être précédés de périodes de dépression ou d'autres symptômes prémonitoires. Ces individus, dont l'esprit est naturellement changeant et que les moindres contrariétés surexcitent, présentent tout à coup le désordre le plus extraordinaire dans les actes et dans les idées; l'agitation prend rapidement des proportions considérables; on observe chez eux de véritables bizarreries, de l'insomnie et une impressionnabilité telle que les moindres bruits suffisent pour leur causer de véritables tressaillements.

Les troubles de la sensibilité générale sont très accentués chez eux.

Ils se plaignent de maux de tête, de bourdonnements d'oreilles, d'une fatigue que leur occasionne le plus léger travail; ils ont des frayeurs que rien ne motive, une disposition aux hallucinations; toute application

leur est pénible, elle les rend même incapables de faire une lecture un peu suivie. Il en est qui se plaignent d'éprouver des sensations extraordinaires, ils sentent comme un fluide s'échapper de leur corps.

Il existe dans la société, dit Brierre de Boismont, un bon nombre d'esprits exaltés, qui s'enflamment à la moindre contrariété, cherchant des querelles, des duels, parlant à chaque instant de se tuer; véritables fléaux pour leurs familles et leurs connaissances, ces individus attendent souvent à leurs jours. Ces caractères exaltés s'emportent avec une extrême facilité, ne veulent écouter aucune observation, se croient excessivement malheureux quand on leur fait quelques représentations.

Pour ces organisations malheureuses, tout devient un sujet de suicide; une jeune fille se jette à l'eau parce que son beau-frère avait refusé de la mener au bal. (Brierre de Boismont cité par Trélat, *loc. cit.*, p. 274.)

Nous ajouterons que tout devient aussi une cause d'excitation maniaque.

H... a des accès maniaques convulsifs; il est âgé de vingt-six ans, son père est mort aliéné dans une maison de santé; il a toujours été mauvais sujet, accusait sa mère de ne pas lui donner à manger, voulait la tuer; il a été condamné pour vagabondage, rupture de ban, et placé sous la surveillance de la police. Étant catholique, il se fait convertir protestant. Il est sujet, surtout le matin, à des accès d'agitation avec prédominance d'idées ambitieuses; il dit alors que toute la terre lui appartient; il a des vertiges, quelquefois des espèces de syncope.

Les crises dont ce malade est pris presque tous les matins sont caractéristiques. C'est une excitation maniaque avec production d'idées de richesses; il se promène alors avec une sorte d'agitation convulsive, il répète qu'il a beaucoup d'or; de temps à autre il pousse des cris affreux; en même temps les muscles des bras, des mains, sont contractés; il se courbe et se plie sur lui-même d'une manière convulsive; il paraît ressentir

comme des crampes. L'attaque dure une demi-heure et le prend tout à coup au milieu d'une conversation. Il ne conserve de son accès d'agitation qu'un souvenir imparfait, il se rappelle seulement qu'il éprouve dans les membres des douleurs intolérables, comme si on lui arrachait les nerfs.

Tout est anormal dans la manifestation, chez ces individus, de ces sortes d'accès maniaques.

L..., âgé de vingt ans, est également un type de dégénéré héréditaire à accès maniaques suivis d'une guérison rapide. Il a deux oncles maternels aliénés ; son père était buveur, se conduisait mal et vivait séparé de sa femme. Il est instituteur adjoint dans une école communale. Il éprouve souvent comme une fatigue nerveuse, ses yeux se fatiguent lorsqu'il s'applique à lire.

Il vient à Paris pour voir sa cousine avec laquelle il doit se marier ; en descendant de l'omnibus sur la place de la Concorde, il est pris tout à coup d'un accès d'agitation violente avec bourdonnements d'oreilles et maux de tête, il croyait qu'on allait le condamner ; il guérit au bout de quelques jours, mais il conserve une disposition aux hallucinations, il croit qu'on lui tire la nuit un coup de pistolet.

La brusquerie des accès et leur guérison rapide caractérisent, en général, chez les dégénérés nerveux, les formes d'aliénation mentale qu'ils présentent.

G... est très impressionnable : tout l'émeut vivement, la lecture des journaux, les paroles qu'on prononce autour de lui. Il est sujet à des accès d'agitation maniaque, qui le prennent presque tous les ans et qui sont de courte durée ; alors il a, nous dit-il, comme des crises nerveuses, il mord son lit ; il a de l'insomnie, un malaise inexplicable et ne peut se rendre compte de son état.

X... a sa mère nerveuse, exaltée, son père l'était également. Il est homme de lettres ; il a toujours été bizarre, nerveux et d'un caractère inégal. Il est sujet à des accès maniaques fugaces qui se caractérisent suivant lui par une espèce de transport au cerveau ; alors il est pris la nuit de frayeur, il croit entendre le cri de la chouette, il se met à pousser des cris terribles, il se

montre dans son accès, incohérent, violent, sa figure a quelque chose de menaçant.

Dans cette catégorie de maniaques à type anormal que présentent ces dégénérés que l'on a désignés sous le nom de névrosés, on peut ranger les malades, dont Trélat nous a résumé d'intéressantes observations, qui délirent dans leurs actes, mais ne délirent pas dans leurs paroles. Leur déraison, dit-il, n'est connue que dans leur entourage et ne se fait pas jour au dehors. C'est parmi eux que se trouvent un assez grand nombre d'individus, tantôt considérés comme aliénés, tantôt comme malfaiteurs, et qui ont alternativement résidé dans les asiles ou dans les prisons.

Nous avons connu, ajoute-t-il, un ménage où les emportements maniaques du mari, quoique d'une très grande fréquence, furent absolument ignorés pendant dix ans. Au bout de ce temps, les accès, en se rapprochant, ont acquis une telle violence qu'il a fallu le placer dans une maison de santé, où il est mort de méningite. Il y avait eu plusieurs aliénés dans sa famille. (*Loc. cit.*, p. 8.)

Esquirol cite, de son côté, une malade qui fatigue tout le monde par ses prétentions, sa loquacité, ses plaintes, ses projets, ses espérances, traite avec dédain les autres pensionnaires, les chefs, les employés, les serviteurs de la maison. Elle écrit au préfet de police, aux magistrats, à des avocats, des lettres dont la rédaction trompe les personnes auxquelles elles sont adressées. Jusqu'au milieu de ses accès, M^{me} X... se contient en présence des étrangers et des personnes qu'elle veut convaincre de sa bonne santé intellectuelle et morale. Elle est un fléau pour les établissements où elle est placée.

Nous pourrions citer bien d'autres exemples de ces individus chez lesquels les manifestations délirantes ne

se produisent d'une manière caractéristique qu'à certains moments d'excitation. Les bizarreries, l'originalité qui caractérisent leur disposition habituelle, se transforment en une véritable folie lorsqu'ils sont placés sous l'influence des moindres causes excitantes qui viennent alors réveiller certaines passions mal contenues, telles, par exemple, que l'ambition et l'irrésistible besoin d'attirer sur soi l'attention publique.

Ils peuvent vivre dans la société sans inconvénient; ils y conservent les apparences de la raison, se conduisent convenablement, on les voit même diriger leurs propres affaires avec intelligence, souvent avec succès. Mais ce sont toujours des demi-aliénés, en ce sens qu'ils touchent presque continuellement à la limite de la folie et qu'il suffit de la moindre occasion pour leur faire commettre des actes absolument extravagants, qui viennent jeter le trouble et le désordre dans le milieu dans lequel ils vivent. Leurs accès de folie transitoire prennent quelquefois des proportions telles qu'il devient indispensable de les renfermer pendant un temps plus ou moins long dans une maison de santé.

Inutile d'ajouter qu'ils sont pour les médecins et les magistrats obligés de s'occuper d'eux une source de difficultés. Ils les accablent de leurs plaintes et de leurs récriminations. Ils dirigent contre eux d'incessantes attaques, ils mettent dans leurs poursuites une passion et une sorte d'acharnement qui caractérisent déjà leur fâcheuse disposition d'esprit.

Un malade dont j'ai rapporté ailleurs l'observation (*Ann. méd.-psych.*, septembre 1871), qui s'était distingué par ses excentricités et même par son intelligence, nous faisait lui-même la confidence qu'il avait une grande disposition à l'exaltation, qu'à certains moments il était pris d'une telle surexcitation qu'il lui semblait perdre tout à fait la raison et que, dans ce cas, il se sentait entièrement incapable de se dominer et de

diriger ses actions. Il nous confiait en même temps qu'il existait chez lui une prédisposition héréditaire, que sa mère avait été atteinte d'aliénation mentale ; il avait eu aussi un frère qui avait été frappé de la même maladie.

Ce malade présentait un singulier mélange de folie et de raison ; il était sujet à des crises d'excitation maniaque parfaitement caractérisées ; mais il était aussi un homme astucieux, sans cesse à la recherche d'une situation à exploiter et surtout très audacieux.

De semblables individus sont dangereux en ce sens qu'ils vont droit à leur but, sans s'inquiéter des obstacles qu'ils rencontrent sur leur chemin et des calomnies qu'ils répandent sur leur route. Le public qui ne les connaît pas, dont ils cherchent à frapper l'attention et devant lequel ils se posent en victimes, se laisse quelquefois prendre à leurs récriminations injustes, violentes et souvent absurdes.

(A suivre.)

ÉTUDE
SUR
LES POISONS DE L'INTELLIGENCE

Par le D^r LEGRAIN

Médecin en chef de la colonie de Vaucluse

Suite (1)

AUTRES TROUBLES INTELLECTUELS ÉLÉMENTAIRES.

Le tableau de l'empoisonnement n'est pas toujours aussi simple ; l'ivresse n'est pas le seul syndrome que l'on puisse observer. Nous l'avons isolé parce qu'il est véritablement typique ; mais il peut se compliquer, comme il peut aussi manquer. Les réactions individuelles en face d'un même agent sont infinies ; il faut tenir compte aussi de la dose absorbée, de toutes les circonstances qui accompagnent l'empoisonnement. S'il est absorbé massivement, le poison produit l'ivresse, sidère l'individu, ou même le tue. Il peut être absorbé à une dose insuffisante pour produire l'ivresse, mais d'une façon continue ; dès le début, l'intoxication est chronique (certaines formes d'alcoolisme, empoisonnements professionnels : aniline, sulfure de carbone). On conçoit donc que l'ivresse, phénomène aigu par excellence,

(1) Voyez les *Annales* de juillet-août.

puisse manquer au tableau. Il nous faut maintenant analyser les troubles intellectuels qui peuvent la remplacer, la compliquer, ou qui en suivent la disparition. Nous étudierons tout d'abord les *phénomènes intellectuels généraux*, puis les *troubles délirants*.

Les troubles intellectuels simples, engendrés par les poisons, sont de deux ordres : 1° *état d'excitation*; 2° *état de dépression*. Nous avons pu voir que ces deux états peuvent appartenir à l'histoire d'un même toxique, le second succédant au premier; pourtant il en est qui sont principalement excitants, d'autres plus spécialement déprimants.

1° *État de stimulation*. — Les poisons qui engendrent une stimulation générale du cerveau sont très nombreux. Citons le bétel, le café, les stimulants aromatiques, mélisse, menthe, la serpentinaire, la benzine, etc. Certains produisent un véritable éréthisme du système nerveux, tels le café, le maté et le thé. D'autres stimulent particulièrement l'intelligence et l'exaltent. Ce sont, par exemple, le chanvre, l'acide cyanhydrique, le cytise, le datura, l'hyoscyamine, l'iodoforme, le gingembre, la térébenthine, le guarana et l'opium. Concurrément, on observe encore l'exaltation des propriétés excito-motrices (anamirte).

Les conséquences des divers états de stimulation sont faciles à concevoir. La plus commune est l'*insomnie* (atropine, coca, copahu, café, guarana). Cette insomnie est liée à un sentiment de plus grande résistance à la fatigue ou d'exagération des forces : le maté repose, excite au travail, le thé tient éveillé, le café défatigue, la mélisse relève les forces, donne du ton au système nerveux.

Le caractère se modifie profondément, il devient irritable, bizarre (kawa, térébenthine, sulfure de carbone). Cette irritabilité peut friser même l'aliénation chez les

sujets nerveux, comme certaines femmes (térébenthine). Certains malades jouissent d'une grande impressionnabilité (noix vomique); d'autres sont inquiets, anxieux, agités (iode).

Du côté de l'idéation, la stimulation engendre une plus grande rapidité dans le cours des idées, qui conséquemment deviennent moins solides (café). Elles sont parfois même incohérentes tant elles sont tumultueuses; cette incohérence est due aussi à une inégale stimulation des différentes facultés. La généralisation et l'abstraction ont peine à se produire (chloroforme). L'imagination présente une vivacité quasi délirante (haschich, opium); les passions sont plus aiguës (chloroforme). La personnalité se trouve transformée; les malades éprouvent de véritables illusions: tantôt, c'est une sensation de bien-être, de bonheur calme (maté); tantôt ils se croient plus légers que de coutume, ils tiennent à peine à la terre, ne font que l'effleurer (camphre).

Du côté du mouvement enfin, on note un étrange besoin de locomotion (chanvre), des gestes désordonnés, des mouvements excessifs.

2° État de dépression. — Les phénomènes de dépression générale ont des degrés; ils vont depuis la simple sédation (marattia-moogho) avec affaissement du pouvoir intellectuel (bromures) jusqu'à la torpeur la plus complète avec hébétude (aniline, cytise, laurier-cerise, iode, quinine). Certains malades sont dans un état de langueur extraordinaire (laurier-rose). L'effet le plus net produit par les poisons déprimants est l'état de *narcose* qui présente de nombreux degrés, depuis la tendance au sommeil (datura, hyoscyamine, oxyde de carbone, térébenthine), l'assoupissement (champignons), la somnolence (jusquiame, némie), la narcose légère (duboisia, thébaïne), jusqu'au sommeil proprement dit, avec anéantissement apparent de la vie cérébrale

(chloroforme, haschisch, opium, lecheguana, mandragore). Les caractères du sommeil varient à l'infini. Il peut être absolument irrésistible et constituer un véritable besoin (chloroforme, bromures); il peut être profond, absolu, tranquille (chloroforme); lourd, fatigant (haschisch, opium); agité (benzine); entrecoupé de rêves (chloral) et de cauchemars (kawa, haschisch).

Autrefois, certaines gens de la campagne, imbus des idées de sorcellerie, se frottaient de liniments et de pommades à base de jusquiame, de belladone, de stramoine, grâce auxquels ils se procuraient un sommeil accompagné de toutes les illusions du sabbat ou de la lycanthropie.

Le sommeil peut se prolonger pendant de longues heures, être suivi d'une amnésie absolue des processus intellectuels accomplis pendant son cours, ou, au contraire, d'un souvenir très net des rêvasseries.

Si la narcose ne se produit pas, les troubles dépressifs observés sont : une diminution de l'acuité intellectuelle, de l'énergie morale (sulfure de carbone), de l'affaiblissement allant jusqu'à la suppression des impulsions volontaires (duboisia), une grande fatigue pour le moindre travail (santonine), de la morosité, du découragement, un sentiment complet d'anéantissement (hydrocotyle), de l'étonnement, de l'indifférence avec hébétude, immobilité (haschisch).

La dépression s'accompagne parfois d'une sorte d'état de bien-être (coca), d'une sensation rappelant l'anéantissement de la sieste dans les pays chauds (kawa), d'extase et de jouissance. D'autres fois, c'est une satisfaction béate rappelant celle de l'idiot, avec débit de paroles incohérentes (bromures).

Les deux états opposés dont nous venons de parler, ne sont pas exclusifs l'un de l'autre ; nous avons déjà indiqué l'état de narcose ou de dépression comme suc-

cédant dans bien des cas à l'état d'excitation initial ; c'est le cas pour le chauvre, l'opium, le tabac, le kawa. Dans certaines circonstances, on observe des alternatives fréquentes de torpeur, de somnolence et d'agitation (sulfure de carbone). Dans d'autres cas encore, l'agitation est consécutive à la dépression, c'est celui du datura, qui, après avoir produit le sommeil, provoque de l'agitation avec une insomnie opiniâtre.

Consécutivement aux différentes intoxications, la mémoire subit souvent des altérations singulières. Parfois intacte relativement aux faits antérieurs ou accomplis pendant la maladie, elle peut disparaître complètement (œnanthe, iode, iodoforme). On observe même des cas d'amnésie rétrograde (oxyde de carbone, datura, benzine).

États délirants. — En outre de l'ivresse et des troubles généraux de l'intelligence que nous venons de décrire, les poisons psychiques provoquent encore des perversions de l'intelligence que nous rangeons sous l'étiquette d'*états délirants*. Il est difficile de séparer, autrement que pour la description, ces états des précédents ; ils sont intimement liés les uns aux autres, se mélangent, se succèdent, se compliquent ou se suppléent. Les variations individuelles sont ici très nombreuses ; elles ne prouvent pas pour cela l'action délirante spécifique des divers poisons (d'une part, les délires qu'ils produisent répondent en effet à la même formule générale, et d'autre part, le même poison produit souvent des effets différents chez deux sujets), mais elles prouvent surabondamment que la réaction individuelle est tout ; les autres différences symptomatiques tiennent à une action plus spéciale mais contingente, exercée par certains agents sur tel département de l'intelligence plutôt que sur tel autre ; ce serait le cas par exemple, pour les solanées vireuses, dans le délire des-

quelles, dit Lasègue, on observe surtout un besoin de va-et-vient tel qu'on ne peut jamais contenir le malade. Les expériences des hypnologistes modernes (Bourru, Burot, Bérillon, Luys) sur l'action des médicaments à distance ont démontré à l'aide du réactif humain qui est si sensible pendant l'hypnose, l'action parfois élective de quelques toxiques sur certains centres, bien que les caractères généraux de la réaction cérébrale restent toujours les mêmes.

Pour la description, l'on peut grouper plusieurs variétés de poisons dont les effets délirants sont presque similaires, et établir l'existence de quelques types.

1° Type *maniaque* ou incohérent, le plus fréquent; le délire y est absolument général. Dans ce type, rentrent, par exemple, tous les délires fébriles, et ceux engendrés par les auto-intoxications;

2° Type *alcoolique* (état maniaque à forme dépressive, pénible, terrifiante). Les poisons de cet ordre sont nombreux : alcool, sulfure de carbone, datura, absinthe, thé, mandragore, atropine, etc.;

3° Type maniaque à forme *expansive* : idées ambitieuses, mystiques, érotiques, idées de satisfaction, exagération de la personnalité (benzine, gaz hilarant, haschisch, cantharides);

4° Type *mélancolique* (kawa, lecheguana, iodoforme);

5° Formes *mixtes*;

6° États *vésaniques*.

Les éléments constitutifs des délires sont :

1° Des *troubles de l'idéation*. Toutes les modalités s'y rencontrent; conceptions faussées, étranges; idées gaies, ambitieuses, tristes, érotiques, idées de persécution. Ces idées sont en général isolées, sans suite, sans cohésion; elles sont le plus souvent engendrées par des troubles sensoriels; l'intensité plus grande du délire pendant la nuit est remarquable. Enfin, les réactions individuelles

sont en rapport avec le cours des idées délirantes (stupéur, colère, hilarité, agression, etc.);

2° Des *illusions* sensorielles;

3° Des *hallucinations* de tous les sens avec prédominance du côté de la vue;

4° Des *troubles de la conscience*, laquelle est le plus souvent obscurcie ou annihilée.

Citons maintenant quelques exemples de chacun des types sus-mentionnés :

1° Type *maniaque* — délire incohérent des maladies fébriles; beaucoup d'exemples de ces délires ont été récemment décrits à propos de l'influenza (Ladame, de Genève, etc.); — délire incohérent des auto-intoxications (urémie); délires de l'agonie; — délires produits par la piqure de l'argas, les moules, les champignons, l'acide cyanhydrique, la duboisia, l'euphorbe, le quinquina, l'aniline; — délire avec accès de fureur (amanites, cas graves d'atropisme, ciguë); — délire violent (hyoscyamine); — délire incohérent avec propos érotiques, envie de mordre, hydrophobie cantharidique (cantharides); — excitation générale avec ardeur fébrile, chaleur (térébenthine); — délire loquace, avec bredouillements, rire aux éclats (benzine); — excitation maniaque, mobilité dans les idées, incapacité d'un travail suivi, folie complète (sulfure de carbone).

On voit par ces quelques exemples que tous les caractères des états maniaques peuvent s'observer. Il serait inutile d'y insister (voir la symptomatologie spéciale).

2° Type *alcoolique*. Le délire produit par l'alcool, dont les caractères sont si nets, si tranchés, si pathognomoniques, n'est pourtant pas exclusif à ce poison. Beaucoup de substances produisent des troubles presque identiques; le délire de l'alcool reste le type des délires toxiques, parce qu'il est le plus connu et le mieux étudié; c'est un

excellent terme de comparaison. Rappelons-en les quatre grands caractères : mobile, pénible, nocturne et professionnel. Voici quelques exemples de délires toxiques qui peuvent être rapprochés du délire alcoolique :

Délire furieux, hallucinations terrifiantes, surtout visuelles (absinthe). — État maniaque, hallucinations pénibles, délire nocturne (iode). — Délire maniaque avec gesticulations et propos incohérents ; hallucinations visuelles, visions d'animaux, objets qui se déplacent (atropine). — Délire triste, incontinence de gestes et de paroles, idées sombres, passions dépressives ou mauvaises (autre façon de délire atropique). — Délire atropique avec ses rêves fantastiques et ses hallucinations bizarres (mandragore). — *Delirium tremens* caféique (abus du café). — Délire furieux, hallucinations étranges, visions d'animaux, déplacement des objets, tourbillons de flammes, hommes sinistres, frayeurs, voix menaçantes, délire professionnel (datra). — Hallucinations du délire alcoolique (urémie). — Délire alcoolique violent (glycérine). — Accès de terreur avec hallucinations de l'ouïe (théisme). — Délire maniaque avec violences en actes et en paroles, loquacité, exacerbation nocturne, lucidité diurne, idées de persécution, idées de suicide (iodoforme). — Délire maniaque avec hallucinations pénibles, violences (jusquiame). — Délire de l'alcool avec fureur et visions terrifiantes, impulsions rappelant celles de l'épileptique (miel de la lecheguana). — Délire de l'alcool, bruyant, loquace, hallucinations (quinine, éther).

Rien ne démontre mieux que ces différents exemples, les nombreuses affinités qui existent entre les délires toxiques, qui sont, pour la plupart, superposables, quant au fond. Pour isoler, chez un toxique, une spécificité d'action, il faut sortir des généralités, entrer dans les détails de symptomatologie et tenir compte d'un grand nombre de facteurs accessoires et contingents.

3° *Type maniaque à forme expansive.* En voici quelques exemples : délire gai, folâtre (amanites, délire atropique, benzine). — Délire gai, turbulent, érotique avec hallucinations du même genre (belladone). — Gestes violents et désordonnés, exhalation prolongée, rêvasseries, visions d'images rapides et agréables ; extase de plaisirs, idées de satisfaction, idées ambitieuses, théories fantastiques, vastes découvertes ; sentiments d'orgueil, impressions sublimes (gaz hilarant). — Délire gai, hallucinations, illusions, béatitude, tableaux enchanteurs, superbes, danses, chants (hâschisch). — Manie ou fureur érotique avec démonstrations obscènes (cantharides). — Hallucinations génitales avec délire érotique (chloroforme ; cas de Baillarger). — Érotisme, délire religieux (urémie).

Dans ce type, l'exaltation cérébrale domine encore, les propos et les idées ont toujours peu de suite ; la forme incohérente du délire se retrouve comme ailleurs.

4° *Type mélancolique.* Lypémanie avec crises de larmes, sensiblerie (iodoforme). — Profonde tristesse par l'inhalation du safran (un cas). — Rêvasseries mélancoliques (kawa). — Tristesse, idées mélancoliques, suicide (urémie). — Émotivité exagérée, sorte d'accès mélancolique passager, angoisses de la mort (miel de la leche-guana).

Dans cette forme, comme dans les suivantes, les états délirants n'ont pas un cachet bien net, bien précis ; ils sont très passagers ; ils ne sont plus en vérité l'expression d'une action spéciale du poison.

Dans beaucoup de cas, comme pour l'urémie, il y a lieu évidemment de faire intervenir une réaction spéciale des sujets, et souvent même une prédisposition. Les vrais délires toxiques rentrent en vérité dans les trois premiers types que nous avons esquissés.

5° *Formes mixtes.* Dans ce groupe, il faut ranger les

états délirants dans lesquels alternent l'excitation et la dépression ; le cas est fréquent ; il s'agit toujours ici d'une sédation, d'une sorte d'épuisement consécutif à l'excès d'énergie dépensée : fureur, vociférations, cris terrifiants, puis silence, torpeur, épuisement (cantharidisme).

6° *Formes vésaniques.* Quelques auteurs (Raymond) ont décrit des cas de vésanie véritable développés sous l'influence des poisons (urémie). Nous ne citons le fait que pour mémoire, car il ne s'agit pas ici en réalité de délires toxiques. Les poisons psychiques ne sauraient provoquer de psychose pure s'ils n'agissaient pas sur un cerveau éminemment prédisposé ; ils n'agissent dans ce cas même qu'à titre de cause déterminante très énergique ; à la faveur du trouble profond apporté au fonctionnement cérébral par l'absorption d'un poison, l'équilibre mental déjà chancelant se rompt, et l'on voit évoluer une vésanie qui tire tous ses caractères de l'état mental du sujet et non de l'action spéciale du poison. Ce fait se produit journellement au cours de l'alcoolisme.

Autres phénomènes pathologiques contemporains de l'intoxication. — Pour compléter l'histoire générale des intoxications psychiques, il nous faut mentionner les troubles autres que les troubles intellectuels engendrés par les poisons à retentissement cérébral. Ils ont une grande importance ; car, s'il n'est guère possible de trancher un diagnostic avec les signes seuls tirés de la réaction psychique, ce diagnostic peut devenir possible dans bien des cas avec la connaissance des symptômes nerveux concomitants.

Notons d'abord quelques phénomènes généraux plus ou moins graves dépendant du choc violent subi par le système nerveux : la *défaillance*, la *tendance à la syncope* (camphre, thé) ; la *lypothymie*, la *syncope profonde* (amanites, cantharides, camphre, ciguë, œnanthe,

quinine, térébenthine) ; la *prostration* (amandier, iodures) ; la *stupeur* (champignons, atropine, chanvre, acide cyanhydrique, datura, duboisia, haschisch) ; enfin le *coma*. Ce dernier état est assez fréquent ; parfois passager, il peut aussi se terminer par la mort. Il est très net dans les intoxications alcoolique et saturnine (élément terminal des attaques épileptiformes. — V. Bertin, art. Coma, in *Dict. encyclopédique*). Les poisons hyposthénisants, stupéfiants, narcotiques et névrosthéniques ont pour effet commun de provoquer le coma. Dans la classe des *hyposthénisants*, le coma est assez rare ; « la dépression fonctionnelle s'adresse plutôt ici à l'ensemble des forces vitales qu'à l'action spéciale du centre encéphalique » (arsenic, sublimé, tartre stibié, digitale, bromure de potassium, phosphore). — Dans ce dernier cas, le coma succède quelques fois au délire : d'abord, somnolence, puis délire, coma et mort. Dans la classe des *stupéfiants*, le coma est plus profond (alcool, plomb, belladone, jusquiame, datura, tabac, chloroforme). Les *narcotiques* produisent par définition une narcose qui peut aller jusqu'au coma. Enfin, dans la classe des *névrosthéniques*, le coma est la conséquence de l'excès d'énergie de la fonction nerveuse (noix vomique, cantharides, acide cyanhydrique). Dans les maladies fébriles, septiques, le coma est fréquent (fièvres intermittentes — Planer et Frerichs), ainsi que dans les auto-intoxications (urémie).

Notons maintenant la fréquence de trois ordres de symptômes : la *céphalalgie*, les *vertiges*, les *étourdissements*. La céphalalgie est engendrée par la plupart des poisons psychiques (aristoloche, atropine, camphre, cantharides, acide cyanhydrique, musc, térébenthine, urémie, etc.). Elle peut être légère (lourdeur de tête — gaz hilarant, laurier-cerise, jusquiame, urémie), très pénible (forme d'urémie avec céphalée, plomb) ; elle peut

s'accompagner d'une sensation de congestion, de plénitude (dynamite, quinine, camphre); elle est encore constrictive (arnica, bromures), térébrante (iode), frontale (santonine, urémie), frontale et occipitale (urémie), longtemps persistante (urémie).

Les vertiges et les étourdissements déjà notés à propos de l'ivresse, sont surtout fréquents au cours des intoxications chroniques, alors que des lésions matérielles, indélébiles sont constituées (saturnisme, alcoolisme, etc.):

La céphalalgie, dans ces cas, est à peu près continue, on la désigne sous le nom de *céphalée*.

Troubles de la motilité. — La motilité peut être exagérée, diminuée, abolie, pervertie; ses troubles peuvent être localisés de diverses façons :

L'*exagération de la motilité* se traduit par une simple *stimulation* de la contractilité musculaire (café) allant jusqu'à la production de mouvements involontaires (sulfure de carbone), — par des *contractures* (créosote, iodoforme), des *crampes* (sulfure de carbone, alcool) et par des *phénomènes convulsifs*. Ces derniers ont une importance capitale; ils sont d'une extrême fréquence. Les convulsions peuvent être *généralisées* quel qu'en soit le type (argas, atropine, créosote, cytise, digitale, duboisia, ergot, euphorbe, iode, jusquiame, laurier-cerise, plomb, quinine, rne, etc.). Elles sont dues dans ce cas à l'action spécifique des poisons, ou à une réaction spéciale des sujets; elles sont aussi souvent un syndrome précurseur de la mort dans les cas graves; elles sont plutôt caractéristiques de la phase aiguë de l'empoisonnement que de la phase chronique; — *localisées* : face, membre, mâchoire (œnanthe); diaphragme (hoquet du digitalisme); région cervicale postérieure (aniline, copahu, cytise); cou, abdomen, pharynx (copahu); opisthotonos, trismus (œnanthe, santonine, térében-

thine); elles rappellent celles de l'hydrophobie (cantharidisme), etc.

An point de vue de la forme et de l'intensité, la convulsion peut être légère et consiste en : *tressaillements* fibrillaires (sulfure de carbone); *soubresauts* (duboisia, œnanthe); *spasmes* (arnica, ciguë, datnra); *tremblements* (alcool, aniline, atropine, créosote, sulfure de carbone, urémie). La convulsion peut être plus grave et présente tous les types connus : *tonique*, *clonique* (chloroforme, cantharides, datnra); *épileptiforme* (aniline, ciguë, copahu, tanaïsie, absinthe, urémie; ce type est surtout fréquent dans le cours des intoxications chroniques avec lésions cérébrales); *hystérique* (intoxications survenant chez les névropathes, chez les hystériques; la cause de ces convulsions relève plutôt de l'état habituel du malade que de l'influence toxique); *tétanique* avec simples secousses ou raideur ou contracture (strychnisme): arnica, amandier, camphre, upas-antiar, urémie, cantharides (hydrophobie cantharidienne), noix vomique; *éclamptiforme* (urémie). La plupart des altérations du sang provoquent la convulsion (cholérine, urémie). Certaines pyrexies et en particulier les fièvres éruptives s'accompagnent facilement de convulsions chez les enfants.

La *diminution de l'énergie motrice* présente des degrés depuis la *diminution simple* (affaiblissement musculaire : créosote, jusquiame, laurier-cerise, tous les narcotiques et stupéfiants; — enchaînement de la motilité : bromures), jusqu'à l'*abolition* complète. Les *paralysies* sont extrêmement fréquentes au cours des intoxications : plutôt *généralisées* sous forme de résolution musculaire dans les cas aigus (chloroforme, gaz hilarant, cantharides, chloral, atropine, jusquiame, belladone, térébenthine), elles ont de la tendance à se *localiser*, passagèrement ou en permanence, dans les cas

chroniques (alcoolisme, saturnisme) : hémiplégie et paralysie alternes (iode) ; paralysie des extrémités (plomb). La paralysie la plus commune dans les intoxications est la *paraplégie* des membres inférieurs (alcool, sulfure de carbone, chloral). En présence d'une paraplégie, il faudra toujours songer à une action toxique. Dans les cas chroniques, on observe encore des paralysies généralisées (dues cette fois à des altérations musculaires, dégénérescence, sclérose, troubles trophiques.) — Du côté du *tact* : diminution et abolition (atropine) ; chatouillements (gaz hilarant). (V. plus haut : *anesthésie* et *hyperesthésie* de la sensibilité générale.) — Du côté de la *sensibilité génitale* : priapisme (atropine, cantharides, noix vomique) ; effets aphrodisiaques (cantharides, datura, gingembre, guarana, et tous les stimulants) ; action réfrigérante (bromures, café).

Parmi tous ces troubles de la sensibilité que nous avons énumérés pour être complet, il n'en est guère qui soient vraiment pathognomoniques. D'une manière générale, les sensibilités sont ou exaltées ou diminuées ; or, il est facile de voir que beaucoup de poisons produisent ces deux effets. Tout dépend encore ici des dispositions individuelles, des doses toxiques absorbées, de l'ancienneté de la maladie, de sa phase aiguë ou de sa phase chronique.

(A suivre.)

TROIS CAS DE SUICIDE

SURVENANT

EN TROIS ANS CHEZ TROIS SŒURS

FAMILLE DE SEPT ENFANTS

SUICIDE PAR SUBMERSION SURVENUE CHEZ TROIS SŒURS

DEUX FRÈRES ALIÉNÉS — HÉRÉDITÉ VÉSANIQUE

Par le D^r H. MABILLE

Médecin en chef, directeur de l'asile de Lafond.

Les cas de suicide chez des membres d'une même famille ne sont malheureusement pas rares.

Nous venons d'en observer un qui nous a péniblement impressionné, tant par les circonstances qui l'ont précédé que par la façon dont la malade a mis sa tentative à exécution.

Mais il est nécessaire tout d'abord de donner un court aperçu sur les antécédents de famille ou autres de la jeune malade qui vient de mettre fin à ses jours.

M^{me} C... a eu sept enfants. Elle est elle-même bien portante, mais d'un caractère un peu emporté; elle est arthritique à un degré prononcé. Une de ses sœurs est morte aliénée, et une nièce passe pour n'avoir pas l'usage de sa raison. Le père de M^{me} C... était sain, vigoureux, bien portant, mais très rhumatisant. Quant au mari de M^{me} C..., très irritable et alcoolique, il est mort jeune, d'une cause accidentelle.

Là s'arrêtent nos renseignements.

Nous allons résumer brièvement l'histoire patholo.

gique de cinq des sept enfants qui composent la famille C... (1)

Premier enfant. — En 1883, on nous amena un jeune homme âgé de seize ans, atteint de manie aiguë avec loquacité, insomnie et tendances violentes. La maladie avait débuté brusquement sans autre cause qu'une légère contrariété. Sous l'influence de l'isolement et du traitement par les bains, le malade sortit dans un état mental satisfaisant au bout de quelques semaines de séjour à l'établissement.

Mais deux mois après sa sortie, le jeune C... fut pris d'un nouvel accès avec fureur, survenu encore cette fois brusquement.

Nous apprîmes alors que C... avait eu des convulsions dans le bas âge, une affection du cuir chevelu (?) ayant existé plusieurs années et une hernie inguinale qu'un bandage avait guérie.

Mais, fait digne de remarque, le certificat d'admission constate que G... « a eu une fois des idées de suicide spontanées ».

C... est assez intelligent, s'exprime assez facilement, mais il est très émotif. Pas de stigmates de dégénérescence.

Au bout de sept mois de séjour à l'asile de Lafond, il sort comme la première fois en bon état de santé mentale.

Trois ans se passent, pendant lesquels C... travaille bien, ne présente aucun trouble apparent des idées, quand le 11 mars 1886, on nous amène à nouveau notre jeune malade qui, pris d'un nouvel accès d'excitation, a frappé violemment une personne de son entourage.

L'état mental est le même que lors des précédentes admissions. Il finit par s'amender et devient assez satisfaisant pour que C... puisse être rendu à la liberté à la date du 3 mai 1887. Depuis cette époque, C... a bien travaillé et ses facultés n'ont pas été troublées.

Deuxième enfant. — Il s'agit d'une jeune fille âgée de treize ans, très irritable, n'obéissant à personne. Un jour, au mois d'août 1888, sa mère lui dit simplement : « Va à l'école et tâche de bien te conduire ! » Quelques heures après, on lui

(1) Les deux autres sont jeunes encore et leur histoire est encore à faire.

ramène le cadavre de son enfant, qui s'était noyée en se jetant dans le canal de La Rochelle à Marans.

Troisième enfant. — La sœur aînée de ces deux enfants fut prise, vers l'âge de vingt et un ans, de troubles mentaux caractérisés par de la concentration mélancolique, avec périodes d'auxiété. Elle s'isolait des journées entières. Cet état durait depuis quelques jours et le médecin du pays avait recommandé la surveillance la plus absolue. Un jour, la mère charge un frère plus jeune de garder sa sœur pendant quelques heures. Alors, la jeune fille dit à son frère : « Voici une pièce de dix sous, achète-moi quelques objets dans le bourg. »

C'était la veille de l'anniversaire de la mort de sa sœur. Pendant les quelques minutes d'absence de son frère, elle sort de la maison et se dirigeant vers le canal, elle se noie, à l'endroit même où sa sœur, l'année précédente, avait trouvé la mort (août 1889).

Quatrième enfant. — Quelque temps après, le frère, âgé de quinze ans, qui avait été chargé de la garde de sa sœur, fut pris d'accidents nerveux à forme hystéro-épileptique, avec troubles anesthésiques, et délire succédant aux crises pendant lesquels il réclame nos soins et ceux de M. le D^r Lallemand. Sa maladie fut d'une durée de six mois environ et fut enrayée, à son domicile, par l'action des bromures et de l'hydrothérapie. Il est actuellement dans une bonne situation mentale.

Chez ce jeune homme, on n'a pas noté d'idées de suicide, mais des impulsions brusques succédant aux crises.

Cinquième enfant. — Admise à l'âge de vingt et un ans à l'asile de Lafond, le 28 août 1890,

Cette jeune fille était domestique chez une de mes parentes à La Rochelle, lorsque survint la mort violente de sa première sœur, âgée de treize ans. Elle en conçut un vif chagrin, devint concentrée et très émotive. Elle quitta, bientôt, le service de ma parente, sans que jamais d'ailleurs on ait eu à lui faire l'ombre d'un reproche. Elle put néanmoins remplir, à la satisfaction de ses maîtres, ses fonctions de domestique dans différentes autres maisons ; mais parfois, la nuit, elle dormait peu.

La mort de sa seconde sœur, à l'âge de vingt et un ans, qui

s'était noyée, comme nous l'avons dit, au même endroit que sa sœur, augmenta encore sa tristesse.

Vers le 18 août 1890, elle fut prise d'anxiété très vive, avec pleurs, gémissements, et voulut se diriger vers l'endroit où ses sœurs avaient trouvé la mort. On réussit à l'en empêcher et on l'amena à l'asile de Lafond, dans un état de violente excitation. Elle disait : « Je veux mourir comme mes sœurs ; mes sœurs m'appellent à elles ! » Puis elle tomba dans une sorte de torpeur, répondant à peine aux questions qu'on lui posait et paraissant néanmoins avoir une sorte de conscience de son état.

« Deux de mes sœurs se sont suicidées, disait-elle un jour ; ma famille ne sera pas plus déshonorée si j'en fais autant. »

Elle déclare toutefois ne pas entendre de voix ; mais, *« c'est une idée qui s'impose à elle »*.

Très souvent, dans l'après-midi, vers trois heures, elle est prise de pleurs avec angoisse, répétant : « Je veux mourir, il faut que je meure ! »

Céphalalgie, perte de sommeil. Aucun signe de dégénérescence, tête bien conformée ; comme nous l'avons dit, M^{lle} C... était assez intelligente et excellente domestique.

Pendant plusieurs mois, il fallut l'habiller, la faire manger et l'aide de la sonde œsophagienne s'imposa à plusieurs reprises.

Cependant, vers le mois de février, la menstruation reparut et M^{lle} C... commença à parler un peu plus et à se livrer à diverses occupations de ménage. Elle devint plus communicative, et son état mental parut s'améliorer peu à peu. Mais la mélancolie subsistait toujours et on fut souvent obligé d'insister pour qu'elle pût prendre ses aliments avec régularité.

Néanmoins, la situation était devenue bien meilleure et M^{lle} C... avait manifesté le désir de voir ses parents et d'aller passer quelques heures près d'eux.

Le 22 mai 1891, la mère de la malade vint me prier d'accéder au désir de sa fille. Ce n'est qu'avec répugnance que je finis par accorder l'autorisation demandée, non sans avoir recommandé à la mère de « bien faire attention au canal ».

Le 24 mai 1891, M^{lle} C... attendait avec joie la famille qui devait venir la chercher, et chacun de s'émerveiller en voyant cette jeune fille naguère dans la torpeur absolue, manifester un contentement si grand, indice pour tous d'un retour aux sentiments affectifs et d'une guérison prochaine.

Après avoir pris son repas avec ses parents avec assez de gaieté, après avoir rendu visite à une de ses amis, elle pria sa mère de la conduire dans les champs pour voir l'état des récoltes. La mère, qui la surveillait, remarqua bientôt qu'elle marchait de plus en plus vite et lui en fit l'observation. Elle n'en tint aucun compte et, tout à coup, elle se mit à courir avec une vitesse prodigieuse, suivie de sa mère au désespoir, et se dirigeant vers l'endroit où ses sœurs s'étaient noyées. Arrivée au but, elle se lança du haut d'un parapet, dans le canal. Quand on put la retirer de l'endroit fatal, il était trop tard pour la ramener à la vie.

La joie manifestée au moment de son départ par M^{lle} C... était-elle causée par l'espoir caressé depuis si longtemps d'aller rejoindre ses deux sœurs, attirées elles aussi, irrésistiblement, comme par un aimant, vers l'eau profonde? Cela nous paraît fort probable, car le suicide de M^{lle} C..., comme d'ailleurs celui de l'une de ses sœurs, nous semble avoir été combiné avec une ténacité et une dissimulation sans égales.

Mais, sans nous perdre dans des commentaires inutiles, nous nous contenterons de signaler l'histoire pathologique de cette malheureuse famille, tout spécialement à ceux, philosophes ou autres, qui se refusent à voir dans l'hérédité et ses manifestations morbides, autre chose qu'une exception ou une coïncidence.

Thérapeutique.

DU MÉTHYLAL

CHEZ LES ALIÉNÉS

ET DE SON ACTION COMPARATIVE AVEC LE CHLORAL

Par le **D^r MARANDON DE MONTYEL**

Médecin en chef des asiles publics d'aliénés de la Seine.

Depuis quelque temps les hypnotiques se multiplient; c'est à qui en découvrira un nouveau. Est-ce un bon signe? Certes non, car, Fonssagrives l'a dit avec esprit, en thérapeutique abondance signifie disette. Il n'y a qu'un remède pour guérir la fièvre intermittente, il y en a des centaines pour combattre la phtisie. L'idéal serait donc d'avoir un seul hypnotique aussi puissant contre l'insomnie que le sulfate de quinine contre l'impaludisme. Comme nous sommes loin de l'avoir réalisé, les narcotiques pullulent et pulluleront jusqu'au jour de cette réalisation. Mais je crains que ce jour ne luise jamais, car l'insomnie tient à des causes si variées qu'il serait étonnant qu'un remède unique triomphât dans tous les cas de ce pénible symptôme. Quoi qu'il en soit, le meilleur moyen d'en hâter la découverte, s'il existe, est d'accumuler les recherches. Partant, on ne saurait trop encourager le mouvement actuel; il aura, au moins, pour résultats certains, non seulement de distinguer le

bon grain de l'ivraie, mais encore de bien fixer les indications et les contre-indications de telle et telle substance dans une circonstance donnée.

Parmi ces hypnotiques nouveaux, un des derniers nés est le méthylal, sur lequel on n'est pas encore exactement fixé. Un grand désaccord règne, tant sur ses propriétés physiologiques que sur son efficacité thérapeutique, aussi, tout dernièrement encore, le professeur Lépine sollicitait-il à ce double point de vue de nouvelles recherches. Ces recherches, je les ai entreprises. J'ai publié dans un autre recueil (*La France médicale*, 1891) celles relatives à l'action physiologique. Je me bornerai à relater ici celles concernant l'action thérapeutique, les plus importantes, sans conteste, au point de vue pratique, d'autant plus que j'ai eu soin d'administrer aux mêmes malades le chloral, de telle sorte que j'ai obtenu des résultats comparatifs permettant d'apprécier chez le même individu et dans les mêmes conditions l'efficacité des deux hypnotiques.

J'ai dit qu'un grand désaccord régnait sur l'action thérapeutique du méthylal ; en effet, tandis que MM. Mairet et Combemale écrivent que ce médicament, par ses effets, son innocuité, son facile maniement et son goût qui le fait accepter avec plaisir par les malades, semble devoir trouver sa place en aliénation mentale ; que MM. Boubila et Hadjès lui attribuent avec enthousiasme une réelle supériorité à tous égards sur le chloral, l'uréthane et les préparations opiacées, M. Petrazzani affirme qu'il n'est guère actif, même à hautes doses, que dans la proportion de 27,77 p. 100 et M. Georges Lemoine, voyant en lui un remède tout à la fois dangereux et difficile à manier, ne suppose pas que son emploi puisse se généraliser ni qu'il prenne jamais la place de ses devanciers.

Quelles conclusions découlent des faits que nous avons observés ?

J'exposerai successivement mes résultats dans les diverses espèces d'aliénation mentale : folie simple, folie paralytique, démence sénile et athéromateuse, folie épileptique et folie alcoolique, le méthylal ayant toujours été administré de la même manière, en une seule fois, le soir, au moment du coucher, et toutes les observations ayant été recueillies dans le dernier trimestre de 1888. Toutefois, je désirerais auparavant présenter quelques considérations, non sans importance à mes yeux, sur le contrôle de l'insomnie et du sommeil dans les asiles.

Rien de plus facile que de constater l'insomnie et l'action hypnotique d'une substance chez un sain d'esprit, rien de plus difficile chez un aliéné. Le premier renseignant lui-même, le phénomène n'est plus qu'un phénomène subjectif dont la bonne foi absolue et même intéressée du sujet garantit la parfaite exactitude. Impossible de se fier au second qui, soit par incoscience, soit parfois aussi par malice, ne renseigne pas ou renseigne à faux. C'est donc, dans ce cas, un phénomène objectif de toute une nuit à constater. Le contrôle que j'ai inauguré à Ville-Evrard dans ce but, me paraît d'une rigueur absolue, il consiste à relever heure par heure l'état du malade : sommeil, insomnie tranquille ou agitation, et cela non seulement pendant l'administration de l'hypnotique, mais un certain nombre de nuits avant et après, afin d'avoir des données comparatives certaines. Mais par cela même que ce contrôle est d'une rigueur absolue, il impose aux veilleurs un travail considérable que par lassitude ils pourront négliger. Il est dès lors nécessaire de les contrôler eux-mêmes. J'ai usé, à cet effet, de deux moyens : le premier, d'emploi fréquent, a consisté en tournées faites à l'improviste et en cachette ; le second, plus nouveau et, à mon avis, plus efficace, a été de laisser les veilleurs dans l'ignorance complète des aliénés qui prenaient ou ne prenaient pas d'hypnotique,

dont les doses médicamenteuses étaient augmentées ou diminuées. Chaque soir, au moment où ils entraient en fonctions, on leur donnait la liste des malades dont ils avaient à relever l'état, heure par heure, durant la nuit. Il est évident que s'ils avaient pointé au hasard, la fantaisie choquante des résultats aurait forcément dévoilé la supercherie.

Et bien m'en a pris de procéder ainsi, car j'ai acquis la conviction qu'il est imprudent de se fier, comme on le fait d'habitude, aux impressions des veilleurs. Un bon tiers au moins des malades qui m'étaient signalés comme atteints d'insomnie parce que, à diverses reprises, la nuit, les veilleurs les entendaient crier, chanter, parler ou frapper, se sont trouvés par mon contrôle dormir environ cinq heures. On comprend très bien comment cette erreur est possible, même avec un veilleur intelligent et honnête. La nuit de l'aliéné, l'hiver surtout, est d'environ dix heures ; un malade pourra donc dormir cinq ou six heures et s'agiter violemment quatre ou cinq heures ; il suffira que celles-ci s'intercalent entre celles-là pour donner l'apparence d'une insomnie complète. J'ai constaté, en outre, par mon contrôle, qu'il n'existe que rarement un rapport constant entre l'état de l'aliéné le jour et son état la nuit. J'ai constaté enfin que l'insomnie complète est rare, même dans les folies aiguës, et que le sommeil des aliénés est très capricieux, à ce point qu'il n'est pas sage de préjuger la manière d'être actuelle, lors d'une crise, d'après celle des crises antérieures.

D'ailleurs, un fait qui m'est personnel et dont on trouvera la preuve dans le détail des observations, montre la nécessité du contrôle rigoureux que je préconise. Au début de mes recherches sur les propriétés hypnotiques du méthylal, je m'en rapportais aux dires des veilleurs pour m'assurer de l'insomnie et je me bornais à faire

relever heure par heure la manière d'être de l'aliéné durant l'administration du remède. J'obtins ainsi des résultats tout aussi favorables que ceux de MM. Mairét et Combemale, Boubila et Hadjès. Mais quand j'eus pris la précaution d'établir ce contrôle avant et de ne prescrire le remède que là où il avait révélé une insomnie certaine et durable, je fus loin d'obtenir les mêmes succès.

On objectera peut-être que ce contrôle répété chaque heure tient le malade en éveil et par là paralyse l'action hypnotique. Non, si on a le soin de l'opérer un certain nombre de nuits avant, tant pour y habituer le malade que pour constater son état ; car chacun sait combien devient vite sans influence sur le sommeil un fait qui, chaque nuit, se reproduit identique. Dans le cas particulier qui nous occupe, j'ai la preuve évidente que ce n'est pas ce contrôle qui a gêné l'influence hypnotique du méthylal, car ce contrôle restant le même, le chloral réussissait où celui-là échouait. On objectera encore peut-être que l'aliéné est souvent un être rusé qui simulera le sommeil au passage du veilleur, pour le malin plaisir de le tromper. D'abord nous avons eu soin de choisir nos malades et ensuite nous avons écarté ceux que nous soupçonnions, dans le cours de l'expérimentation, de manquer de sincérité. Que quelques erreurs se soient glissées, je n'en doute pas ; en cette matière, l'exactitude mathématique est une chimère ; mais elles ne sauraient influencer l'ensemble des résultats et elles ont été très certainement moins nombreuses qu'avec toute autre manière de procéder.

Il me reste enfin à dire un mot sur les quatre états dont j'ai prescrit le relevé à mes veilleurs : sommeil, intermittence ou continuité de ce sommeil, veille tranquille ou agitation. Je trouve regrettable que dans les observations il ne soit pas tenu plus rigoureusement

compte de toutes ces particularités. Se borner à constater que, sous l'influence du remède, l'aliéné dort ou non, c'est n'envisager qu'une partie du problème, vu que l'agitation ou le calme de la veille et l'intermittence ou la continuité du sommeil ont leur importance. L'agitation, car alors même que l'hypnotique ne donne pas le repos, il la supprime parfois ; l'intermittence, car chacun sait, par sa propre expérience, qu'un sommeil consécutif de six heures est plus réparateur qu'un sommeil entrecoupé de huit ou de neuf heures.

Folie simple. — M. Lemoine a essayé, sans aucun succès, le méthylal sur quatre maniaques ; mais il devait fatalement échouer dans les conditions de ses expériences. En effet, convaincu qu'une forte dose de ce médicament n'aurait pas manqué d'exercer sur le cœur une action dépressive, il n'en a administré que 3 grammes, et encore pris en quatre fois, de demi-heure en demi-heure, de six heures à huit heures du soir. Il est aujourd'hui démontré que le savant professeur de Lille a eu des inquiétudes exagérées ; la dose de 12 grammes a été donnée par nous en une seule fois sans inconvénients, sans même aucune tendance au sommeil.

Seize cas de folie simple ont donné à MM. Mairet et Combemale les résultats suivants. A la période de début de ces aliénations, aucune action ; mais à la période d'état, pendant les poussées aiguës d'agitation, aux doses de 5 à 6 grammes, il réussit au contraire assez régulièrement à procurer dans les premiers jours un sommeil de toute la nuit, sommeil continu dans la plupart des cas, mais parfois interrompu pendant un quart d'heure ou une demi-heure, puis repris jusqu'au matin. Ces résultats furent obtenus même lorsque l'agitation était intense, seulement au bout de trois à huit jours l'accoutumance se produisait ; il fallait alors élever les doses et sous l'influence de cette augmentation on obtenait un som-

meil continu pendant toute la nuit ou bien un sommeil de cinq ou six heures seulement, ou bien un sommeil souvent interrompu. Toutefois il suffisait de laisser reposer le malade pendant deux ou trois jours pour que le méthylal réussit à nouveau complètement et aux mêmes doses qu'au début.

D'après MM. Boubila et Hadjès, le méthylal est, dans la folie simple, un excellent hypnotique. Il leur a paru plus spécialement indiqué dans la lypémanie, tant à la période d'état qu'à la période de début. Dans la folie à double forme, ils n'ont obtenu d'une manière générale qu'un succès partiel, et il ne leur paraîtrait de mise que dans la période de dépression de ces folies. Enfin, ils ne seraient pas très partisans de ce remède dans les manies au début.

Nous avons obtenu, nous, les résultats suivants :

Obs. I. — Jean B..., dix-neuf ans, entré le 13 avril 1887 pour imbécillité maniaque, était au moment de l'expérimentation dans une crise d'agitation, et d'après les renseignements fournis par les veilleurs, criait et frappait une grande partie de la nuit. Le méthylal, aux doses de 3 à 5 grammes, a donné durant sept nuits, après quoi l'accoutumance fut établie, une moyenne de près de six heures de sommeil, avec une intermittence par deux nuits et deux heures d'agitation. Ces résultats, déjà satisfaisants, ont été dépassés par le chloral qui n'a pu être administré que pendant cinq jours pour ne pas empiéter sur la période de déclin de la crise. Avec la dose de 3 grammes, on a obtenu par nuit une moyenne de huit heures de sommeil sans intermittence ni agitation.

Obs. II. — Léon G..., quarante-quatre ans, est pour la huitième fois, le 18 juin 1888, atteint de manie périodique avec insomnie agitée complète, au dire des veilleurs. Chez ce malade, le méthylal aux doses de 3 à 8 grammes n'a donné que de très faibles résultats. En effet, le maximum de sommeil a été de quatre heures. La moyenne des sept jours de l'expérimentation, après lesquels l'accoutumance a été radicale, fut de trois heures de repos sans intermittence avec deux heures un quart d'agitation. Le chloral a bien mieux réussi ; il n'a pu être administré

que durant quatre jours, G... ayant été transféré dans son département. Avec la dose de 3 grammes, la moyenne du sommeil a été de six heures sans intermittence, avec une heure un quart d'agitation.

Obs. III. — Alexandre G..., cinquante-cinq ans, entré le 9 avril 1888, atteint de lypémanie glapissante. D'après les rapports des veilleurs, il gémissait la plus grande partie de la nuit. Le méthylal, aux doses de 3 à 5 grammes, a donné, durant treize jours, sans indice d'accoutumance, une moyenne par nuit de huit heures de sommeil avec une demi-heure d'agitation et une intermittence toutes les trois nuits. Le chloral n'a pu être expérimenté, le malade étant mort peu après d'une pneumonie double.

Obs. IV. — Victor N..., vingt-neuf ans, entré le 30 mai 1888, atteint de manie aiguë. Au dire des veilleurs, le malade chantait ou parlait la nuit presque entière. Le méthylal, aux doses de 3 à 8 grammes, durant treize jours, sans indice d'accoutumance, a donné par nuit une moyenne de sommeil de sept heures et demie, avec une intermittence par deux nuits et aucune agitation. Je dois ajouter toutefois qu'ayant eu recours par la suite à notre contrôle et cela à diverses reprises pour bien constater l'insomnie avant d'administrer du chloral, nous avons constamment trouvé, malgré une surexcitation diurne des plus intenses, une moyenne par nuit de six heures et demie de sommeil, avec une ou deux intermittences et une heure seulement d'agitation.

Obs. V. — Félix F..., dix-neuf ans, atteint de manie aiguë datant de quelques jours. D'après les veilleurs, la nuit de ce malade n'était qu'un cri. Le méthylal, à la faible dose de 3 gr. a procuré pendant onze jours sans indice d'accoutumance, par nuit, une moyenne de sommeil de sept à huit heures, souvent consécutives avec deux ou trois heures d'agitation. Au bout de ces onze jours, le méthylal étant supprimé, notre contrôle démontra au moins cinq à six heures de sommeil interrompu en deux fois par une heure ou deux d'agitation, durant lesquelles le malade faisait un bruit de tous les diables. A plusieurs reprises, j'ai prescrit le relevé du sommeil et je suis toujours arrivé aux mêmes constatations.

Obs. VI. — Henri S..., quarante ans, entré le 7 janvier 1880, atteint de manie chronique. D'après les veilleurs, S... était rarement agité la nuit, mais il restait le plus souvent assis sur son lit sans dormir. Sur ces renseignements, je prescrivis le

méthylal à la dose de 3 grammes. Durant treize jours, sans indice d'accoutumance, cette faible dose donna en moyenne par nuit sept heures de sommeil avec une intermittence toutes les deux nuits. Mais plus tard, notre contrôle ayant établi que S... était réellement dans une période d'insomnie, le méthylal n'a plus donné les mêmes résultats et pourtant les doses, au lieu d'être de 3 grammes, furent de 5 et de 8 grammes. L'accoutumance fut complète après cinq nuits; une seule fois on obtint six heures de sommeil et une fois cinq heures. Le chloral, à ce moment, ne réussit guère mieux. Aux doses de 3 à 5 grammes, il fournit à peine cinq heures de sommeil. En présence de la dose élevée qu'il fallait employer et du peu d'effet obtenu, j'en cessai l'emploi au bout d'une semaine.

Oss. VII. — Gabriel R..., quarante-deux ans, entré le 30 juillet 1888, pour imbécillité avec exaltation maniaque. Cette exaltation dégénéra bientôt en violente agitation, et au moment de l'expérimentation, R... était depuis trois mois en proie à une manie aiguë des plus violentes, avec insomnie à peu près complète et très vive surexcitation nocturne, démontrées par notre contrôle. Le méthylal, à la dose de 3 grammes, a agi durant les deux premières nuits seulement, en donnant sept et cinq heures de sommeil avec une intermittence de plusieurs heures d'agitation. Puis l'accoutumance a été complète, car les doses de 5 et de 8 grammes sont restées sans effet. Par contre, le chloral a fait merveille. Durant quatorze nuits, sans indice d'accoutumance, 3 grammes, chaque soir, de ce médicament ont donné une moyenne par nuit de sept heures de sommeil avec une intermittence par deux nuits et une heure et demie d'agitation. Le quinzième jour au matin, R... eut une syncope, elle n'était pas imputable au chloral dont l'administration remontait à dix heures; elle tenait, je pense, à la violente surexcitation du malade, le cœur ne présentant aucune lésion organique; toutefois, je supprimai le médicament par mesure de prudence. La nuit suivante fut excellente, et ici nous constatons pour la première fois un fait assez fréquent avec le chloral, et que nous aurons occasion de rencontrer dans d'autres observations: après la suppression de cet hypnotique, son action somnifère, quand elle a été très marquée, se continue une nuit, quelquefois deux et même parfois trois nuits. Chez R..., dès la seconde nuit, l'insomnie et l'agitation reparurent, je recourus de nouveau à 3 grammes de chloral; les résultats obtenus furent beaucoup moins satisfaisants en ce sens qu'en trois jours l'accoutumance

s'établissait. Je portai alors la dose à 4 grammes et j'obtins quatorze heures d'un sommeil continu. Je crus devoir supprimer cette fois encore le remède, et après deux nuits excellentes, dues, comme précédemment, à une continuation d'action, l'insomnie reparut tout aussi agitée. Toutefois le malade s'affaiblissant de plus en plus par suite de sa violente agitation, malgré un régime des plus toniques, je m'abstins de recourir une troisième fois au chloral. Peu de jours après la première administration de cet hypnotique, R... eut la diarrhée, il suffit de lui prescrire quelques paquets de sous-nitrate de bismuth et de le mettre à l'usage presque exclusif de la viande pour en obtenir la disparition sans retour.

Obs. VIII. — Alphonse P..., trente-huit ans, entré pour la quatrième fois le 12 février 1884, atteint de manie intermittente à crises assez espacées, deux à trois mois. A deux reprises différentes, alors que notre contrôle avait établi par nuit une moyenne de deux heures au plus de sommeil, interrompu une fois au moins, avec agitation le reste du temps, le méthylal aux doses de 3 à 8 grammes n'a fourni que deux fois un maximum de repos de cinq heures consécutives de sommeil, et la moyenne par ce médicament a été de trois heures de sommeil consécutives avec cinq heures d'agitation. Les deux fois, l'accoutumance complète est survenue en trois jours. Le chloral a donné de bien meilleurs résultats, soit aux doses de 3 à 5 grammes, une moyenne par nuit de six heures de sommeil avec une intermittence et un peu plus de deux heures d'agitation. La trop courte durée des crises n'a pas permis d'établir l'époque de l'accoutumance par le chloral.

Obs. IX. — Eugène J..., vingt-sept ans, entré le 28 novembre 1887, pour manie intermittente et crises d'une quinzaine de jours séparées par une semaine de tranquillité. Notre contrôle ayant établi que le malade dormait par nuit une heure environ; et encore rarement de nuit, avec violente agitation le reste du temps, le méthylal a été administré aux doses de 3, 5 et 8 grammes se succédant à vingt-quatre heures d'intervalle; il a complètement échoué. Le maximum de sommeil obtenu n'a pas dépassé deux heures, et l'agitation n'a même pas été apaisée. Au contraire, avec le chloral aux doses de 3 à 5 grammes, on a eu par nuit une moyenne de six heures de sommeil avec une intermittence tous les trois jours et deux heures seulement d'agitation. L'accoutumance par le chloral ne s'était pas encore montrée lorsque les accès se terminaient.

OBS. X. — Sébastien D..., trente ans, entré le 7 août 1885, atteint de manie chronique rémittente. Notre contrôle démontra, lors de deux crises de surexcitation, une moyenne par nuit de deux heures d'un sommeil interrompu deux fois avec quatre heures d'agitation. Le méthylal, ces deux fois aux doses de 5 à 8 grammes, a donné par nuit une moyenne de six heures de sommeil avec une intermittence au moins et environ deux heures d'agitation. L'accoutumance a été complète après sept jours. Le chloral, aux doses de 3 à 4 grammes pendant quatorze jours consécutifs, a donné exactement les mêmes résultats, l'accoutumance a été seulement deux fois plus longue à s'établir.

OBS. XI. — Paul H..., cinquante et un ans, entré le 29 juin 1888, atteint de lypémanie hypocondriaque avec violente réaction anxieuse. Notre contrôle établit chez lui une moyenne par nuit de trois heures de sommeil, avec une intermittence au moins et cinq heures d'agitation au plus. Le méthylal est resté sans effet aux doses de 3 et 5 grammes; mais, à la dose de 8 gr., il a donné pendant huit jours, époque où l'accoutumance s'établit, une moyenne de six heures de sommeil, chaque nuit, avec une seule intermittence et une heure et demie d'agitation. Le chloral, aux doses de 3 à 4 grammes, a, durant seize jours, donné par nuit une moyenne de sept heures de sommeil, chaque nuit, avec une seule intermittence et une heure et demie d'agitation.

Au bout du seizième jour, l'action était épuisée; 5 grammes donnèrent, la première nuit, huit heures de sommeil, mais le lendemain il n'y en avait plus que trois.

OBS. XII. — Ludovic de F..., trente-cinq ans, entré le 14 avril 1880, atteint de manie chronique rémittente. Notre contrôle démontra, lors d'un paroxysme, une moyenne de une heure de sommeil parfois, encore entrecoupé, avec sept heures d'agitation. Le méthylal, aux doses de 5 à 10 grammes, n'a donné qu'une seule fois six heures de repos avec deux intermittences et une seule fois cinq heures avec une intermittence; quand le malade ne dormait pas, il s'agitait; à cet égard l'action a été à peu près nulle. L'accoutumance a été complète au bout de cinq jours. La moyenne, durant l'expérimentation, a été par nuit de trois heures de sommeil avec deux intermittences et six heures et demie d'agitation. Par contre, le chloral, à la dose de 5 grammes, a donné pendant onze jours, moyenne de la période aiguë du paroxysme, et sans accoutumance, par nuit sept heures et demie de sommeil avec une intermittence et moins d'une heure d'agitation. Au début, le malade a fait quelques difficultés

pour prendre le remède à cause du goût, mais pour en triompher il a suffi d'y ajouter une forte proportion de sirop de fleurs d'oranger.

Obs. XIII. — Roger P..., quarante ans, entré le 11 avril 1877, atteint de manie chronique à rémissions très éloignées et de courte durée. Notre contrôle ayant établi que le malade ne dormait pas chaque nuit plus de une à deux heures et souvent avec intermittence et s'agitait durant cinq ou six heures, le méthylal a été prescrit durant cinq jours aux doses de 3 et 5 grammes; il a procuré de cinq à six heures de sommeil interrompu en une ou deux fois par quatre ou cinq heures d'agitation. Au bout de cinq jours, l'accoutumance a été absolue, car la dose très élevée de 10 grammes n'a plus eu d'action. Le chloral, à la dose de 5 grammes, a, durant vingt-cinq jours, sans aucun indice d'accoutumance, fourni une moyenne par nuit de sept heures de sommeil avec une ou deux intermittences au plus et deux heures d'agitation. Après la suppression du chloral, l'action hypnotique s'est maintenue durant une nuit.

Obs. XIV. — Florent A..., quarante ans, entré le 13 mai 1887, atteint de manie chronique avec très nombreuses hallucinations de l'ouïe et impulsions violentes. Notre contrôle ayant établi une période d'insomnie avec une moyenne par nuit de deux à trois heures d'un sommeil interrompu au moins une fois et de quatre à cinq heures d'agitation, le méthylal a été prescrit aux doses de 5 à 10 grammes. 5 grammes ont donné une fois six heures de sommeil, avec deux intermittences et deux heures d'agitation, et deux fois cinq heures avec une intermittence et trois heures d'agitation. Après ces trois nuits, l'accoutumance a été complète, car les doses très élevées de 8 et 10 grammes sont restées sans action. Pendant neuf nuits, 5 grammes de chloral ont fourni une moyenne de sept heures et demie d'un sommeil interrompu une seule fois, par une heure d'agitation. Au bout de ces neuf jours, le médicament à la même dose n'a plus produit que trois ou quatre heures d'un repos interrompu une fois avec quatre ou cinq heures d'agitation.

Obs. XV. — Maurice O..., dix-huit ans, entré le 17 septembre 1888, atteint de manie aiguë, datant de quelques jours. Le méthylal fut prescrit aux doses de 3 à 8 grammes. Après une semaine, accoutumance complète. Le médicament a donné: une nuit, sept heures de sommeil avec une intermittence; une seconde nuit, six heures avec deux intermittences; une troisième nuit, six heures avec une intermittence et quatre heures d'agita-

tion ; enfin, une quatrième nuit, cinq heures avec une intermittence et quatre heures d'agitation. Et c'est tout. Notre contrôle avait établi que le malade dormait avec interruption de deux à trois heures par nuit et s'agitait le reste du temps. Le chloral, à la dose de 3 grammes, a complètement échoué ; mais, à 5 grammes, il a donné : la première nuit, neuf heures consécutives de sommeil et la seconde nuit, quinze heures consécutives. C... se réveilla pour le déjeuner de onze heures, puis sommeilla durant deux heures dans l'après-midi. Le soir, sans chloral, il s'endort en mangeant pendant le dîner et ne se réveilla que huit heures après. La nuit suivante, toujours sans chloral, il dormit encore six heures consécutives, puis l'insomnie revint dans les mêmes conditions qu'avant la médication. J'eus recours de nouveau au chloral aux doses de 3 à 4 grammes pendant trois nuits, j'obtins six, cinq et quatre heures d'un sommeil non interrompu. Je portais de nouveau la dose à 5 grammes et j'eus, pendant six jours, une moyenne de six à sept heures de sommeil interrompu par une ou deux heures d'agitation. Après ces six jours, l'accoutumance était établie.

Obs. XVI. — Edmond N..., quarante ans, entré le 26 août 1885, atteint de folie circulaire. Notre contrôle ayant établi une insomnie complète avec violente agitation lors d'une période expansive, le méthylal, aux doses de 5 et 7 grammes, n'a pas procuré une seule heure de sommeil, mais a eu une action calmante sur l'agitation ; la dose de 8 grammes a donné, durant deux nuits, six et cinq heures de sommeil, avec une et deux intermittences et pas d'agitation. Puis l'accoutumance a été absolue. En résumé, dans ce cas, le méthylal n'a agi qu'à la dose de 8 grammes et encore durant deux nuits seulement. Le chloral n'a pas mieux réussi ; le maximum de sommeil obtenu, même avec la forte dose de 5 grammes, n'a jamais dépassé quatre heures.

A en juger par ces seize observations, le méthylal, dans les folies simples, n'est pas un hypnotique à employer. En effet, en négligeant même la rapidité de l'accoutumance reconnue par tous, la moitié de nos cas, au moins, est franchement défavorable. Dans l'autre moitié, les cas vraiment favorables se sont montrés là où l'insomnie a été déclarée sur les simples rapports des veil-

leurs ; partout où le contrôle par heure a bien établi l'existence d'une insomnie accompagnée d'agitation, le méthylal a échoué ou à peu près. Toujours d'après ces seize observations, il y a d'autant moins lieu de préconiser ce médicament dans les folies simples que le chloral, expérimenté comparativement sur les mêmes individus, partant dans des conditions organiques et idiosyncrasiques identiques, a donné, pour treize cas, onze succès. Dès lors, serait-il rationnel, pour ces folies, de vouloir substituer le méthylal au chloral ?

(A suivre.)

Établissements d'aliénés.

UNE VISITE

A

L'ASILE DE ROME

A M. le D^r Ant. Ritti, rédacteur en chef des Annales
médico-psychologiques.

TRÈS HONORÉ CONFRÈRE,

L'asile des aliénés de Rome est en voie de transformation. Dans un temps prochain, le vieux manicomie qui est enclavé entre la rue de la Lungara et le Tibre, et qui, malgré les améliorations dont il avait été l'objet, ne répondait qu'imparfaitement aux besoins de l'assistance, est destiné à disparaître pour faire place à une promenade publique — *la passeggiata dell lungo Tevere*. — Les malades ont déjà pris possession, en grand nombre, des locaux qu'on leur a aménagés de l'autre côté de la Lungara, sur la colline du Janicule. L'acquisition faite par le Saint-Siège de deux belles villas, appartenant aux princes Barberini et Gabrielli, a rendu possible cette heureuse réforme du traitement des aliénés. Ayant eu la bonne fortune de voir de près cette installation nouvelle, grâce à la courtoisie de notre distingué confrère, le directeur Fiordispini, je

viens vous demander la permission de la faire connaître aux lecteurs des *Annales*.

Mais avant de faire avec eux l'ascension du Janicule, je voudrais rapidement jeter un coup d'œil en arrière et suivre dans l'histoire les progrès de l'assistance des aliénés dans l'ancienne capitale du monde. A certaines phases de la vie des peuples, il est agréable et réconfortant de mesurer le chemin parcouru par l'humanité. Les détails rétrospectifs dans lesquels je vais entrer me paraissent offrir quelque intérêt, à ce moment où l'asile subit sa métamorphose dernière, qu'il se modernise, si je puis ainsi parler. Vous leur réserverez, j'espère, un accueil bienveillant. Je les ai puisés dans le beau livre qu'a fait paraître en 1884, M. Fiordispini, sur le manicomio qu'il a pris à tâche de transformer. (*Rendiconto statistico-clinico del Manicomio di Roma pel Settennio 1874 al 1880.*)

En 1549, quatre ans avant l'ouverture de l'hôpital de Bethléem, un prêtre espagnol, Ferdinand Ruiz, touché de voir les malheureux fous abandonnés dans les rues de Rome, se mit en devoir de les recueillir dans une maison voisine de la place Colonna. La nouvelle hospitalisation n'eut la sanction papale qu'en 1563 et le refuge de Ruiz reçut de Pie IV, le nom de *Santa Maria della Pieta*, qui est resté au manicomio romain. Le cardinal Othon Truchiu de Walburg lui imposa un rudiment d'organisation. Dans les statuts qu'il a rédigés, ce haut dignitaire ecclésiastique ordonne que les aliénés seront traités médicalement, quand cela paraîtra nécessaire, et que des gardiens charitables et dévoués en prendront soin. Il prescrit aussi l'ouverture d'un registre pour noter les entrées, les sorties et les décès. Le médecin est donc admis pour la première fois, par ordre supérieur, auprès des aliénés; mais si l'on songe que sa

visite n'a lieu que dans les cas de nécessité et qu'elle est subordonnée au bon plaisir du visiteur de la congrégation, on verra que l'intervention médicale, limitée évidemment au soin des maladies intercurrentes, est-la plupart du temps illusoire ou même nulle.

Les idées qui avaient cours au moyen âge étaient, on le sait, incompatibles avec un traitement scientifique de l'aliénation mentale. Il ne pouvait venir à l'esprit de personne de chercher à combattre un mal d'essence surnaturelle, et la folie, qu'on vit en elle une punition du ciel ou une œuvre diabolique, n'était justiciable que de la prière et des moyens de coercition, l'une appliquée à conjurer les maléfices ou à calmer la colère divine, les autres à réprimer les écarts des malheureux déments.

De tels errements ont pesé pendant de longs siècles sur le sort des aliénés. A Rome plus qu'ailleurs, sous le gouvernement théocratique des papes, ils devaient en être victimes. Le livre de M. Fiordispini contient un document curieux, ce sont les instructions données par le cardinal Barberini, neveu du pape Urbain VIII, en 1635, touchant le rôle du « maître des fous » (Maestro dei Pazzi.) Vous ne trouverez pas sans saveur le passage suivant, où sont réglées les attributions de ce singulier fonctionnaire.

« Le maître des fous a pour devoir de surveiller tous
« les aliénés constamment. Il doit s'assurer tous les
« jours du traitement qui leur convient : savoir s'ils
« doivent être laissés libres par la maison, ou liés dans
« la chambre avec les fers aux pieds, ou enchaînés au
« lit ou dans la chambre de la paille. Il les traitera
« selon leur état d'agitation ou de calme.

« Il ne se séparera jamais de son nerf de bœuf et il
« lui est recommandé de ne point frapper les fous avec
« un autre engin et encore s'en servira-t-il surtout pour
« menacer et se faire craindre.

« Il s'attachera à remplir ses fonctions avec charité
« et discrétion. C'est chose facile, en effet, de se dé-
« partir du sang-froid nécessaire et alors il advient que
« les pauvrets sont malmenés, indiscretement bâton-
« nés on attachés trop étroitement, à la paille ou ail-
« leurs.

« La conscience des supérieurs est engagée à la sur-
« veillance de ce service et ils doivent s'assurer que
« cet officier s'acquitte de son devoir.

« Quant aux femmes, il se rendra auprès d'elles sur
« l'invitation de la supérieure, si une furieuse rend son
« intervention nécessaire.

« Il n'oubliera pas de faire réciter avant le dîner et
« le souper les litanies de la Vierge et de faire bénir la
« table. »

N'est-ce pas un rêve macabre que ce maître fouettard distribuant autour de lui des coups de nerf de bœuf aux aliénés terrifiés, entre un bénédicité et une litanie !

Le règlement Barberini a été appliqué longtemps. Il était encore en vigueur en 1725, lorsque le pape Benoît XIII ordonna le transfèrement des aliénés à la Lungara, dans le quartier du Vatican et à proximité de l'hôpital du Saint-Esprit. A cette époque, ils étaient encore peu nombreux. L'établissement de la Lungara, à ses débuts, n'avait que 158 malades, 85 hommes et 73 femmes.

Mais le XVIII^e siècle a marqué pour l'Europe une ère de rénovation humanitaire. En Italie, Galilée avait préparé les voies en jetant un défi superbe à la routine orthodoxe. A sa suite, une foule de savants, parmi lesquels il faut citer Vico, Valsalva, Morgagni, prenaient en main la cause de la liberté scientifique. En psychiatrie, Daquin et Chiaruggi posaient les bases du traitement futur des aliénés ; ce dernier fondait l'asile de San Bonifacio à Florence (1774).

Le vent de réforme et de progrès qui soufflait alors a-t-il eu quelque action sur les conseils du Souverain Pontife ? Le fait est que le médecin fait à ce moment son entrée officielle dans l'asile de la Lungara. L'hôpital du Saint-Esprit était illustré par le D^r Giuseppo Flajani. Sa grande renommée vint aux oreilles du pape Pie VI, qui le nomma son archiatre et lui confia le soin de réformer le manicomie. Il y avait une ombre au tableau ; la juridiction ecclésiastique gardait ses droits. Le D^r Flajani avait des comptes à rendre aux commandeurs de l'ordre du Saint-Esprit. Son œuvre n'a pu être qu'incomplète. A sa mort (1808), le service médical de l'asile fut fait à tour de rôle par les médecins de l'hôpital, toujours assujettis au même contrôle.

Malgré l'imperfection évidente du système, qui limitait l'initiative du médecin, le rôle de celui-ci devenait tous les jours plus important. En 1844, une inspection médicale était créée et le conseil de la *S. Visita* lui substituait bientôt une direction médicale effective, confiée à un médecin résidant et un médecin en chef. En 1850, le personnel était augmenté de deux médecins consultants. A sa tête était placé le D^r Gualandi, de Bologne. Il fit des tentatives sérieuses pour organiser l'asile, entreprit un classement rationnel des malades, créa des feuilles d'observation, dota le service médical d'une bibliothèque et d'instruments scientifiques, etc., etc.

L'assistance des aliénés va bientôt entrer dans sa troisième période. Au refuge de Ferdinand Ruiz avait succédé l'hôpital de la Lungara. Cet établissement doit disparaître à son tour, et l'asile-colonie du Janicule va offrir aux malades, avec un précieux confort, des ressources de traitement exceptionnelles.

Brierre de Boismont, qui s'est intéressé toute sa vie à l'Italie et à ses asiles, écrivait en 1864 : « Dans notre

« opinion, il faudrait, avec le temps, remplacer les anciens bâtiments par de nouvelles constructions élevées sur l'annexe et, en attendant cette réalisation, faire tous ses efforts pour que la plupart des aliénés soient occupés pendant la journée dans l'exploitation agricole. » Et en 1867 : « Mais la partie réellement intéressante du manicomie est la villa Barberini... L'endroit est admirablement situé et il y a là tous les germes d'un futur établissement modèle, dont l'asile central ne devra servir que pour le traitement, la garde des aliénés dangereux et la retraite des incapables. »

S'il était donné à notre regretté maître de voir l'œuvre nouvelle, il éprouverait une vive satisfaction. Son programme a été non seulement rempli, mais dépassé, puisque l'établissement qui longe le Tibre sera complètement évacué et que tous les malades seront admis à respirer l'air salubre de la colline limitrophe.

La première idée du déplacement appartient à M^{sr} Morichini, vicaire apostolique et commandeur du Saint-Esprit, qui la suggéra à Pie IX, en le priant de confier les soins de cette réforme à des médecins expérimentés. En 1861, le Saint-Père donnait pleins pouvoirs à un prélat éminent, M^{sr} Dominique de Conti-Giraud, qui s'assurait aussitôt de la collaboration de l'illustre D^r Viale et de l'architecte Azzuri. L'acquisition de la villa Barberini fut décidée et les travaux d'emménagement commencés sans retard. Le successeur de M^{sr} Giraud, le commandeur Ricci, acquit ensuite, au nom du Saint-Père, la villa Gabrielli, vaste propriété voisine. Cette opération portait à 9 hectares la superficie du futur manicomie, désormais largement suffisante pour hospitaliser dans son entier la population de la Lungara.

Sur ces entrefaites, arrivait le mouvement révolutionnaire de 1870, qui devait mettre fin à l'administra-

tion ecclésiastique. Au docteur Viale, était alors adjoint le célèbre Girolami, ancien médecin de l'Asile de Pesaro. Celui-ci fut à son tour directeur de l'Asile de Rome. Investi d'une autorité absolue, sans entraves, il put réaliser à l'asile de nombreuses réformes. On lui doit la première statistique scientifique. Il a été remplacé en 1875 par le D^r Fiordispini, directeur actuel de l'établissement.

L'asile de Rome ne répond à aucune formule classique. Il n'appartient à aucun des ordres connus de l'architecture spéciale. Ce sort ne lui eut pas été épargné, sans doute, s'il avait dû s'élever de toutes pièces sur un terrain nu. Mais l'*Agro romano* est encore trop malsain, pour être occupé par des aliénés, et on a préféré leur donner comme séjour une colline salubre, habitée déjà, en utilisant les immeubles dont elle est couverte. Tel qu'il est, l'asile est ravissant. Des massifs d'arbres et de fleurs forment le fonds du tableau. Parmi les frondaisons étincelantes émergent des maisons blanches, aux aspects variés, aux contours disparates : villas élégantes, ateliers, fermes, quartiers de malades. Tout cela s'étage sans ordre et vit gaiement sur le versant ensoleillé du Janicule.

Ce genre de manicomie aux formes incohérentes, affranchi des règles d'une architecture monotone et solennelle, n'est pas pour me déplaire, si l'absence de symétrie a permis d'apporter plus de soin dans l'élaboration des détails, si chaque élément pris à part s'adapte mieux aux besoins qu'il doit satisfaire. Je me représente volontiers l'asile de l'avenir comme formé de constructions indépendantes, dissemblables ; on le reconnaîtra de loin à l'irrégularité de ses profils. En revanche, ses bâtiments divers devront posséder, sous le rapport de la forme, des dispositions intérieures, de la

situation topographique, des qualités spéciales conformes aux exigences de la clinique, trop aisément méconnues par des constructeurs amoureux de la ligne.

Mais nous laisserons, si vous le voulez bien, très honoré confrère, mes vœux par trop personnelles sur les futurs asiles, que je n'ai point la prétention de vous faire partager, et nous ferons sans plus tarder notre entrée dans celui de Rome.

Quatre cents malades sont encore logés dans le vieil établissement. Je me borne à le mentionner puisqu'il va être démoli. On y trouve les bureaux, les cabinets de consultation, les services généraux, les infirmeries et les salles d'observation.

Les villas du Janicule occupent le point culminant de la colline. On y accède de la rue par une belle allée d'arbres, du vieil asile par des passerelles couvertes. La section des hommes, qui est séparée par un pont de celle des femmes, comprend :

La *Villa Gabrielli*,
La *Colonie*,
L'*Auberge du Pin*,
La *Pension Girolami*,
L'*Auberge de l'Espérance*,
L'*Auberge du Repos*,
La *Ferme*.

La *Villa Gabrielli* est destinée aux pensionnaires des 1^{re} et 2^e classes. Elle contient trente chambres confortablement meublées, et de vastes salles réservées à la vie commune — réfectoires, salons avec pianos, salle de billard. — Au rez-de-chaussée sont les salles de bain et d'hydrothérapie.

De tous les points de la colline on jouit d'une vue superbe; mais le panorama qu'on découvre du second étage de la *Villa Gabrielli* est unique au monde.

A vos pieds s'étend la Ville éternelle tout entière

avec ses mille monuments. Devant vous, dans l'éloignement, le paysage est limité par les monts Albains. A votre gauche, la vue s'arrête au fort Saint-Ange d'où paraît s'échapper le Tibre, déroulant son cours sinueux à travers la ville et allant se perdre du côté de la mer, dans un horizon vague.

La *Colonie* est divisée en deux parties. Au rez-de-chaussée de la première est un grand atelier de sparterie, où règne une activité de bon aloi. Ce bâtiment comprend des réfectoires, et, à l'étage, des dortoirs pour 80 malades. La seconde partie de la colonie est occupée par 25 idiots, parmi lesquels on compte un certain nombre d'épileptiques. L'un de ces enfants, microcéphale âgé de douze ans, mérite une mention spéciale. Sa taille est de 95 centimètres, sa circonférence crânienne de 358 millimètres. Il offre un prognathisme énorme qui, avec la longueur exagérée de ses bras, lui donne une apparence absolument simiesque. Cet idiot est gâteux, mais point infirme. Il possède un rudiment de langage qui consiste en deux syllabes, « bévé » (pour bevere, boire), qu'il répète bruyamment quand il a soif. Il m'a paru assez turbulent, empressé autour d'un autre enfant chargé de le conduire, auquel il prodiguait alternativement des caresses et des taloches suivant les fantaisies de son humeur changeante.

De la *Villa Gabrielli*, une allée majestueuse de pins séculaires conduit à l'*Auberge du Pin*. Les habitations des malades indigents sont désignées sous le nom d'*Auberge*. Cette appellation originale est une petite trouvaille. Elle offre aux malheureux séquestrés, dont la plupart le sont à vie, l'illusion d'un séjour temporaire et de peu de durée, puis elle éloigne de leur esprit, l'idée triste d'une prison, d'un hôpital. Je ferai une fois pour toutes à ces logements d'aliénés le reproche d'être trop peuplés. Ainsi l'*Auberge du Pin* ne contient pas moins

de 140 malades. J'aime à supposer que ce chiffre n'est pas définitif et que la création de nouveaux quartiers permettra de l'abaisser notablement. On a construit dans ce pavillon des ateliers pour menuisiers, tailleurs, cordonniers et taillandiers. Il est aussi pourvu d'une salle de bains et de huit chambres d'isolement.

La *Pension Girolami* est occupée par les malades de la 3^e classe, au nombre de 35.

L'*Auberge de l'Espérance* est la division des agités et semi-agités ; leur nombre est de 150. C'est un vaste bâtiment entouré de jardins, d'un aspect riant. Trois groupes de cellules y sont annexés, ayant chacun une cour d'isolement. De chaque côté des annexes cellulaires on trouve une salle de bains et de douches, parfaitement aménagée.

Le quartier des gâteux porte l'étiquette consolante d'*Auberge du Repos*. Il loge 60 malades faibles (paralytiques, épileptiques et idiots adultes). Son installation est provisoire. Enfin la *Ferme*, où il est inutile de s'arrêter longtemps, est un bâtiment de forme bizarre, entouré d'une plantation d'*Encalyptus*. Le lait qu'elle produit suffit à la consommation non seulement de l'asile, mais encore des hôpitaux de Rome.

La section des femmes est formée des éléments suivants :

La *Villa Barberini*,
L'*Atelier de Tissage*,
La *Casa Romana*,
Le *Pavillon Tommasini*,
L'*Auberge de la Paix*.

On a fait de la *Villa Barberini* le pensionnat des dames (1^{re}, 2^e et 3^e classes). Cette construction élégante a longtemps appartenu à la famille du pape Urbain VIII. Elle est admirablement située, au milieu d'un fouillis

de plantes et de fleurs exotiques. Ses salles sont luxueusement décorées. La chapelle, notamment, où rien n'a été changé, a ses murs et la voûte couverts de fresques fort belles.

L'atelier de tissage emploie un nombre assez grand de femmes indigentes et rend à l'asile des services sérieux. La plus grande partie des tissus pour les vêtements des malades y sont fabriqués, ainsi que le linge blanc. Des dortoirs, des réfectoires sont annexés à ce service.

La Casa Romana est un pensionnat pour la classe élevée. Il se compose de cinq appartements de quatre pièces, où rien n'a été négligé au point de vue du confort.

Le Pavillon Tommasini a été construit pour les idiots payants des deux sexes. Il est divisé par un couloir spacieux, qui le parcourt dans toute sa longueur, en deux parties absolument semblables. Le côté gauche est habité par les garçons, le droit par les filles. Les uns et les autres sont soignés par les mêmes religieuses. Il y a une école et j'ai constaté quelques efforts dans la voie du traitement pédagogique. Au bout du couloir commun est la salle de bains et de douches et un jardin pourvu d'un gymnase.

L'Auberge de la Paix est un grand bâtiment à un étage qui loge cent vingt malades tranquilles. Les femmes s'y adonnent à la couture et au raccommodage.

Le jardin d'agrément est la seule culture pratiquée autour des maisons d'habitation; mais les parties excéntriques de l'établissement fournissent un ample terrain pour l'exploitation potagère qui est faite par les hommes. Les constructions projetées (cuisine et buanderie à vapeur, chapelle, institut anatomo-pathologique, quartiers d'aliénés, etc.) vont réduire dans une certaine mesure la superficie de ce chantier; mais il restera de la terre en

quantité suffisante pour occuper les malades et pourvoir aux besoins alimentaires de l'asile.

Le travail utile sous toutes ses formes est donc largement employé à Rome dans le traitement de la folie. Les distractions salutaires n'y sont pas oubliées. Il ferait beau voir que la musique perdît ses droits dans la capitale de l'Italie. L'asile possède une fanfare parfaitement organisée. Je ne l'ai pas entendue, mais j'ai eu le plaisir de voir dans l'atelier de photographie, dirigé par un malade, un joli cliché représentant le groupe des instrumentistes.

C'est M. le D^r Cividalli, l'un des médecins en chef, qui a bien voulu, avec une grâce parfaite dont je lui sais gré, me guider à travers le labyrinthe. J'ai appris de lui que l'administration de l'asile est exclusivement médicale.

A Rome, l'assistance publique est confiée à une commission de douze membres. Chacun d'eux est chargé de l'administration d'un hôpital de la ville et a le titre de député-administrateur. Le membre délégué à *Santa Maria della Pieta* est l'honorable Mario Panizza, professeur de clinique médicale et député au Parlement. Sous sa haute autorité, le D^r Fiordispini poursuit sans relâche la transformation de l'asile et l'organisation des nouveaux services. Tout permet d'espérer que le grand œuvre sera accompli en 1893, à l'heure du Congrès européen de médecine mentale, et que notre distingué confrère sera en mesure de présenter au corps aliéniste son *Asile-Village*. C'est ainsi qu'il appelle le nouveau manicomie. Je regrette pour ma part cette dénomination, qui voudrait amener une confusion fâcheuse avec Gheel. L'asile de Rome n'offre aucun point de ressemblance avec le village belge, et je l'en félicite.

Dans le manicomie romain, il faut le remarquer, les

aliénés sont entourés d'un personnel nombreux et bien discipliné. Pour 1,200 malades, il n'y a pas moins de 200 infirmiers ou employés. La surveillance de nuit m'a paru surtout remarquablement organisée; rien n'est laissé à la surprise et à l'incurie. Le service est fait, du côté des hommes, par les frères de la Miséricorde de Malines; du côté des femmes, par une communauté française, les sœurs de Saint-Charles de Nancy.

Le corps médical, qui doit encore être augmenté, se compose aujourd'hui de huit médecins.

Le D^r Fiordispini remplit les fonctions de médecin-directeur.

Le D^r Solivetti, vice-directeur, professeur de psychiatrie à l'Université royale, avec deux chefs de clinique sous ses ordres, a sous la main les deux quartiers d'observation, hommes et femmes.

Trois médecins en chef, MM. Amati, Cividalli et Martori sont chargés des autres services.

Enfin le D^r Giovanni Mingazzini, libero-docent d'anatomie normale à l'Université royale, a spécialement le soin des autopsies et des recherches anatomo-pathologiques.

Tel est l'établissement, curieux à plus d'un titre, qu'on désigne dès à présent sous le nom d'Asile du Janicule. L'intérêt qu'il offre, autant sous le rapport de son histoire que de son installation originale, justifie les développements que j'ai cru devoir me permettre. Dans la pensée que vous ne les aurez pas trouvés trop longs, je vous prie d'agréer, très honoré confrère, la nouvelle assurance de mon affectueux dévouement.

D^r PONS.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 29 JUIN 1891.

Présidence de M. BOUCHEREAU.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance et présentations d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Des lettres de remerciements de MM. Joffroy, Semelaigne, Sollier et Huet, nommés membres titulaires, et de MM. Blin et Beugnies-Corbeau, nommés membres correspondants à la dernière séance ;

2° Une lettre de M. Meilhon, médecin en chef de l'asile de Montauban, sollicitant le titre de membre correspondant, avec un exposé de ses titres. — Commission : MM. Ballet, Ritti et Chaslin, rapporteur.

La correspondance imprimée comprend :

1° Les toqués ; par le professeur Azam ;

2° Les lésions dans les névroses ; par Auberto Massalongo ;

3° Le compte rendu du comité des aliénés de Pensylvanie (Etats-Unis) ;

4° Le numéro de juin de la *Revue de l'hypnotisme*.

M. AUGUSTE VOISIN. — M. le D^r Bateman m'a prié de présenter à la Société médico-psychologique la deuxième édition de son *Traité de l'aphasie*, non moins intéressante que la première.

L'auteur commence par donner une bibliographie aussi complète que possible des ouvrages anglais, américains et du continent publiés sur l'aphasie, et après avoir donné un assez grand nombre d'observations per-

sonnelles, il décrit l'aphasie proprement dite, l'agraphie, la mirrorwriting, dans laquelle les lettres sont tracées de droite à gauche et renversées, le signe « écho » que présentait comme type une malade de la Salpêtrière que j'ai montrée au D^r Bateman, l'imitation des mouvements de l'articulation des mots, l'aphasie sensorielle, comprenant la surdité et la cécité verbales.

Le D^r Bateman consacre une large partie de son traité aux recherches anatomo-pathologiques qui ont rapport à l'aphasie, et à son étiologie et à son traitement.

L'auteur a exposé d'une façon très intéressante la jurisprudence de l'aphasie : les malades doivent-ils être considérés comme possédant la capacité testamentaire, et sont-ils responsables dans la société ? Il pense, et c'est aussi mon avis, que l'aphasie ne doit pas diminuer la compétence testamentaire et la capacité civile, et que la volonté des aphasiques doit être reconnue valide lorsqu'ils peuvent exprimer leurs idées par l'articulation de certains mots, par l'écriture ou par gestes.

Les seules exceptions s'appliqueraient aux cas que le D^r Bateman ne semble pas avoir observés, où l'aphasique est atteint d'hallucinations et de délire de persécution, ou bien encore d'accès de colère et de manie, provoqués par la fureur de ne pas pouvoir s'exprimer et être compris.

Deux cas de scarlatine compliquée de troubles mentaux.

M. ROUILLARD. — La folie consécutive aux maladies aiguës a déjà été étudiée par de nombreux observateurs.

Les fièvres éruptives tiennent une certaine place dans cette question. Mais tandis que les troubles nerveux et mentaux sont très fréquents après la variole, peu fréquents après la rougeole, nous n'en trouvons que fort peu après la scarlatine.

Je n'entends pas prétendre que la scarlatine n'attaque pas souvent le système nerveux. Au contraire, et la clinique nous montre la fréquence relative des formes ataxiques et ataxo-adiynamiques dans la scarlatine. On connaît aussi ses rapports avec le rhumatisme, et l'on sait quel rôle considérable joue l'arthritisme dans les maladies nerveuses et mentales. Le point intéressant à

noter est l'apparition tardive de ces troubles, après l'éruption, pendant la convalescence, et même quelque temps après que le malade paraît rétabli. Preuve que l'élimination du poison scarlatineux est fort longue.

On ne trouve pas beaucoup de faits de ce genre publiés dans les auteurs, malgré la fréquence de la scarlatine, surtout dans certains pays, tels que l'Angleterre, où l'étude de cette maladie a été poussée aussi loin que possible.

M. G. Sée et M. Roger ont montré la fréquence de la chorée comme accident post-scarlatineux. Guéneau de Mussy, celle des névralgies faciales. Sanné aurait observé souvent une rachialgie spéciale, siégeant au niveau des dernières vertèbres dorsales et des deux premières lombaires. Kennedy en Angleterre, Révillout en France ont observé des paralysies diverses, hémiplegies, paraplégies, monoplegies, généralement curables, et transitoires. — Weissemberg a publié une observation de méningite rachidienne au cours de l'éruption, ayant déterminé la mort en trois jours.

Les troubles cérébraux paraissent plus rarement observés. Shepard a publié un cas de paraplégie avec aphasie transitoire. En 1885, Abdy en a publié un avec hémiplegie partielle et amnésie. Pour un travail antérieur, que la Société médico-psychologique m'a fait l'honneur de récompenser, j'ai recherché avec soin dans les auteurs, les cas de troubles de la mémoire consécutifs à la scarlatine. Je n'en ai pas trouvé d'autre que le cas d'Abdy.

Ces troubles paraissent donc assez rares, et j'ai pensé que les deux faits suivants, observés avec soin chez des malades ne présentant pas d'hérédité morbide (l'un d'eux surtout), par mon correspondant M. le D^r Feuilleade, médecin aide-major au 150^e régiment d'infanterie, pourraient intéresser la Société. — Les faits sont les faits et ceux-ci pourront à l'avenir contribuer à l'histoire des maladies mentales consécutives aux fièvres éruptives.

OBSERVATION I. — B..., soldat au 69^e régiment d'infanterie, de constitution très forte, âgé de vingt-deux ans, a été atteint, vers l'âge de sept ans, de rhumatismes articulaires généralisés

qui l'ont tenu six mois au lit. A dix ans, deuxième atteinte qui a duré quatre mois. Enfin, à dix-huit ans, troisième atteinte de courte durée. Dans les premières années de sa vie, il avait présenté en outre des convulsions et de la dysenterie (pendant la guerre de 1870). Pas de rhumatismes chez les ascendants. Pas de syphilis héréditaire ou acquise. Pas d'excès de boissons. Il faut noter cependant que notre malade n'a commencé à parler qu'à l'âge de deux ans, et que toujours il a été taciturne.

Intelligence vive à l'école. La mère est très nerveuse, très impressionnable.

Scarlatine le 24 février 1890. Albuminurie abondante. Phénomènes cérébraux très accusés. Après deux mois de séjour à l'hôpital, le malade est envoyé en congé de convalescence, très faible encore, mais sans fièvre.

Trois jours après son arrivée dans sa famille, étant au jardin, il a présenté, sans cause apparente, un accès de délire religieux, disant qu'il n'était plus chrétien, que la corde du puits à laquelle il était cramponné était la croix de l'église protestante de Nancy, qu'il était juif, etc.

Le soir du même jour, étant couché, il a été pris, vers onze heures du soir, d'un accès de manie aiguë, tantôt poussant des cris rauques et inarticulés, tantôt voyant des gens qui voulaient le tuer. L'accès a été si violent qu'il était inondé de sueur. Un liquide visqueux et gluant coulait en abondance de sa bouche. De huit à neuf heures du matin, deuxième accès, pendant lequel le malade a été en proie, ainsi que dans le premier, à une fièvre violente. A cinq heures du soir, troisième accès, pendant lequel le malade a eu, comme dans le précédent, des hallucinations ; mais les cris ont été moins forts et les mouvements moins violents.

A cette période d'excitation maniaque a succédé une période de dépression, de mélancolie, caractérisée par un mutisme presque absolu. A toutes nos questions, le malade répondait seulement par des signes de tête ; et encore fallait-il le presser longtemps pour arriver à ce résultat, qu'on était loin d'obtenir à chaque visite.

Dans le cours de cette période, la face était congestionnée, les pupilles légèrement dilatées, la respiration lente. La sensibilité était conservée, mais la perception subissait un retard assez marqué pour les membres inférieurs. La constipation était opiniâtre. Malgré la dépression physique apparente, la force était conservée aussi bien dans les membres inférieurs que dans les membres supérieurs. Si l'on soulevait un membre, le malade le laissait volontiers suspendu jusqu'à ce qu'on le ramenât au repos.

Pendant toute cette période, qui s'est étendue du mois de

mai au mois de novembre, le malade n'a présenté aucune douleur rhumatismale, et l'examen du cœur n'a pu nous faire constater qu'un léger dédoublement à la pointe.

Au mois de juin, B... est entré à l'hôpital de Longwy, d'où il a été évacué sur l'hôpital militaire de Nancy. Il en est revenu au mois d'août, légèrement amélioré; car, bien qu'il persistât dans son mutisme, il ne présentait plus une dépression aussi considérable. A nos questions il répondait par des signes de tête, mais sa figure s'animait quelque peu et il semblait faire effort pour vouloir parler; puis, comme s'il constatait son impuissance, il baissait la tête et se retournait, soit en souriant, soit en marquant du mécontentement. Il pouvait reprendre le travail de la campagne avec son père et, peu à peu, les marques d'impatience diminuaient, faisant place plus souvent au sourire. Enfin, le 2 novembre, le père venait nous annoncer que son fils parlait. Nous avons constaté nous-même la vérité du fait, car le malade nous a abordé en nous saluant de vive voix. Les interrogations que nous lui avons posées nous ont démontré que le malade avait gardé le souvenir de tous les faits antérieurs. Il nous a dit que toujours il avait compris ce que nous lui demandions, mais il n'a pu s'expliquer sur son impuissance à répondre.

OBSERVATION II. — Le 16 mars 1888, entré à l'hôpital de Longwy, pour pneumonie droite, le soldat A..., de la 1^{re} compagnie du 2^e bataillon du 150^e régiment d'infanterie.

Jusqu'à cette époque, cet homme, d'une constitution assez vigoureuse, n'avait jamais été malade. Chez ses ascendants, on ne trouve d'autre diathèse que le rhumatisme, dont le père seul, encore vivant, est affecté. La mère vit et n'a jamais été malade; le grand-père a quatre-vingt-quatre ans et est de bonne santé. Enfin, une sœur, âgée de vingt et un ans, est de constitution très forte. Pour compléter ces renseignements, nous ajouterons que notre malade exerçait la profession de menuisier avant son incorporation en 1885, et pouvait porter des sacs du poids de 100 kilogrammes.

Le 16 mars, jour de l'entrée à l'hôpital, la température était de 40 degrés, le pouls de 108 à 112.

Le 19 mars, le sixième jour de la maladie, la pneumonie était arrivée à la période de défervescence, lorsque, dans la soirée, il s'est fait une poussée fébrile due, non plus à la pneumonie, mais à une éruption scarlatineuse. A ce moment, en effet, sévissait sur la garnison une épidémie de scarlatine, et l'hôpital comptait déjà bon nombre de malades atteints de cette affection. Chez notre soldat, la scarlatine revêtait, dès le début, un caractère de gravité, et se compliquait, quelques jours après l'éruption,

de pleurésie. En même temps, les urines dénotaient une notable quantité d'albumine, et le malade tombait dans un état de torpeur et d'affaiblissement, qui se traduisait au thermomètre par de l'hypothermie. Le pouls, durant cette période, était rapide, mais faible et difficile à percevoir.

Du 24 mars au 2 avril, on a craint à tout instant de voir le malade succomber. Après cette époque, tout semble vouloir rentrer dans l'ordre. Le pouls se régularise, la température se relève légèrement, et le malade reprend quelques forces. Les urines cependant contiennent encore de l'albumine. Le 5 avril au soir, on n'est pas peu surpris de voir le thermomètre marquer 40 degrés, suivi par le pouls dans cette ascension brusque. Dans le cours de cette journée, il s'était fait sur toute la surface du corps, mais principalement sur les parois thoraciques et abdominales, une éruption confluyente présentant tous les caractères de l'urticaire.

Cette éruption, qui s'est faite par poussées, n'a disparu que vers le commencement du mois de mai, et chaque poussée s'accompagnait d'une ascension thermométrique.

De tous les phénomènes que nous avons notés, la pleurésie a été le plus persistant, et l'on constatait encore des frottements lorsque le malade est parti, le 19 mai, en convalescence de deux mois. Les faits que nous venons de relater, appuyés par les deux tracés du pouls et de la température, suffisent amplement à démontrer que notre malade avait été gravement atteint, et qu'il devait être fortement anémié. Or, vers le milieu du mois de juin, un mois environ après son départ en convalescence, il a eu, nous a-t-il dit, alors qu'il se promenait à cheval, un étourdissement et est tombé. Ce fut là son premier accès d'épilepsie. Après une prolongation de congé d'un mois, il rentrait au corps et, depuis cette époque, les accès se sont répétés à diverses reprises, d'après les renseignements que nous avons recueillis ; mais jamais nous n'avions été appelés de ce chef, lorsque, le 2 avril 1889, le malade est tombé au tir à la cible, au moment où il tenait son fusil chargé entre ses mains. N'étant encore pas renseigné sur les faits précédents, nous avons eu à une faiblesse de cause anémique, et nous avons prescrit le repos et des toniques.

Le 8 avril, nouvel accès constaté par M. le médecin aide-major Jouet. Le 11 avril, accès à sept heures du soir.

Appelé sur-le-champ, nous avons constaté un accès d'épilepsie, et nous avons fait entrer le malade à l'infirmerie pour mieux l'observer. Le 15, nouvel accès à sept heures et demie du soir. L'examen complet du malade à ce moment n'a fait que confirmer ce que nous avions observé déjà le 11 avril. Le malade, couché sur le sol, avait de l'écume aux lèvres, mais ne

faisait aucun mouvement (l'accès avait commencé depuis dix minutes environ).

Pourtant, de temps à autre, jusqu'à la fin de l'accès, dont la durée totale est toujours de quinze minutes, nous avons constaté quelques contractions spasmodiques des extrémités. La respiration était ralentie, le pouls à peu près normal, plutôt ralenti. Les paupières étaient abaissées; mais, en les relevant, on constatait de la sensibilité de la pupille à la lumière, tandis que la sensibilité au contact était émoussée. La sensibilité générale avait disparu: ni le pincement de la peau, ni les piqûres avec la pointe d'un couteau, ni les tractions violentes exercées sur les cheveux et la moustache ne provoquaient de mouvements. La sensibilité restait même obtuse pendant un certain temps après l'accès; car, après le retour du sentiment, le malade n'accusait aucune douleur, même au niveau des piqûres qui saignaient et sur lesquelles nous appelions son attention. Quand le malade a repris connaissance, il avait l'air étonné et semblait ne pas se rendre parfaitement compte de l'endroit où il se trouvait, de même qu'il ne reconnaissait pas les personnes qui l'entouraient. La parole ne revenait que graduellement, et les réponses, d'abord obscures, devenaient peu à peu plus distinctes et plus faciles. Outre les troubles de la sensibilité qui ne disparaissaient que quelques heures après l'accès, le malade accusait de la céphalalgie. Le malade, à cette époque, est entré à l'hôpital, et ses accès, qui se répétaient tous les quatre jours, sont devenus plus rapprochés et ont éclaté tous les deux jours. Ils se produisaient le soir et retardaient chaque fois sur l'accès précédent, de telle sorte que, le premier accès ayant eu lieu vers huit heures du soir, les derniers ont eu lieu entre minuit et deux heures du matin.

Le soldat A... a été réformé le 8 mai 1889.

M. AUGUSTE VOISIN. — Les troubles mentaux signalés par M. Rouillard me rappellent deux observations de jeunes filles qui, dans la première période d'évolution de la scarlatine sans éruption, avaient été prises de manie aiguë aussi violente qu'on peut s'imaginer.

La température était de 41 degrés; la peau, d'une sécheresse mordicante. L'examen de l'arrière-gorge me permit de constater sur la paroi pharyngée une rougeur intense vernissée.

Suivant les préceptes de mon maître Bouillaud, je fis faire à ces malades une saignée de 100 grammes, qui fut suivie, trois ou quatre heures après, d'une sueur profuse et, dans les douze à quinze heures consécutives, de l'érup-

tion, type scarlatineux. Le délire cessa en même temps et la scarlatine suivit son cours sans nouveau trouble mental.

M. CHARPENTIER. — Je relève dans les deux observations intéressantes de M. Ronillard une lacune concernant la desquamation scarlatineuse dont il n'est pas fait mention, ce qui serait utile pour confirmer le diagnostic scarlatine. Il existe, en effet, parfois chez les aliénés des érythèmes capables de simuler la scarlatine; je me souviens d'en avoir vu sur deux aliénés porteurs de tumeurs du foie et décédés; l'autopsie sur l'un d'eux a révélé un kyste hydatique du foie. J'ai constaté sur un paralytique général un érythème intense scarlatineux avec angine, élévation de température, douleur et tuméfaction des poignets avec délire maniaque intense; ce n'est qu'en voyant se prolonger cet érythème qui a duré trois semaines et n'a pas desquamé que j'ai abandonné l'idée de scarlatine; le délire a continué longtemps encore après la cessation de l'éruption. Enfin, les éruptions chloraliques, qui sont en général papuleuses, peuvent affecter la forme érythémateuse et être très étendues, mais avec une desquamation insignifiante.

M. GILBERT BALLE. — Je demande à présenter quelques courtes observations à propos de la communication de M. Ronillard.

M. Ronillard vient de nous communiquer un cas d'épilepsie et un cas de vésanie, survenus à la suite de la scarlatine. Le titre de sa communication et les développements dans lesquels il est entré indiquent que, d'après lui, il y aurait une relation de cause à effet entre la scarlatine et les affections nerveuses (épilepsie et vésanie) qui ont suivi. Bien plus, il paraît considérer qu'il s'agit là d'une variété spéciale d'épilepsie et de vésanie, une épilepsie et une vésanie scarlatineuses.

En ce qui concerne le premier cas, je ne puis partager le sentiment de M. Ronillard. On pourrait peut-être soutenir qu'on a en affaire dans l'espèce, non à de vrais accidents comitiaux, mais à des accidents épileptiformes symptomatiques de l'urémie. J'avoue que certains détails de l'observation de M. Ronillard semblent contredire cette interprétation. Et il ne me paraît pas aussi vraisemblable qu'à M. Voisin que des lésions rénales aient

été dans l'espèce la cause des accidents observés. Je me rallie donc (sous réserve toutefois) à l'opinion du présentateur. Et j'admets pour un instant avec lui qu'il s'est agi de véritables accidents épileptiques. Est-ce une raison pour faire des troubles observés une épilepsie scarlatineuse? En aucune façon. Je m'élève autant que je le puis contre cette tendance de multiplier les épilepsies, suivant que les accidents comitiaux sont dus à telle ou telle cause occasionnelle. Cette tendance s'est déjà manifestée à propos de l'hystérie, qui pourtant est bien une seule et même maladie, toujours identique à elle-même au moins dans ses traits essentiels, qu'elle soit occasionnée par une émotion, une intoxication ou toute autre cause. L'hystérie est une, quelle que soit la cause occasionnelle qui en provoque le développement. On peut dire, ce me semble, de l'épilepsie ce que je viens de dire de l'hystérie, à cela près que cette dernière névrose paraît dépendre de lésions anatomiques différentes les unes des autres quant à leur nature, leur siège et leur cause première. Mais ce n'est pas une raison pour faire autant d'épilepsies qu'il y a de causes déterminantes susceptibles de favoriser l'apparition des accidents convulsifs. Procéder ainsi c'est, à mon avis, faire fausse route. Je ne veux pas d'ailleurs insister plus longtemps sur ce sujet, sur lequel j'ai eu à diverses reprises l'occasion de m'appesautir à la Société clinique.

Je dirai volontiers des vésanies ce que je viens de dire de l'épilepsie. Si je ne m'abuse, la tendance, et je dirai la tendance louable de notre époque, c'est de simplifier la nomenclature des psycho-névroses, en revenant à une idée plus juste de l'espèce morbide. Il fut un temps où cette notion d'espèce reposait presque uniquement sur des caractères symptomatiques contingents : on admettait une folie religieuse, une folie mystique, une folie érotique, par exemple. On faisait alors de la sémiologie, non de la nosologie. Aujourd'hui quelques aliénistes seraient plutôt enclins à subordonner l'espèce morbide à la cause occasionnelle du trouble mental : on décrit volontiers une folie cardiaque, une folie de la fièvre typhoïde, etc.

Cette façon d'envisager les choses ne me paraît pas moins défectueuse que la première. M. Ronillard, je

pense, serait fort embarrassé de nous dire quels sont les caractères qui distinguent, dans son cas, les troubles mentaux qu'il vient de nous décrire, des vésanies analogues qui se montrent chez les dégénérés et qu'il observe chaque jour à la clinique. Cela tient, suivant moi, à ce qu'il a voulu faire une espèce à part d'une psycho-névrose vulgaire développée non du fait, mais peut-être à l'occasion de la scarlatine. Il n'est pas prouvé, d'abord, que la scarlatine ait joué un rôle positif dans la genèse des troubles qu'il vient de nous décrire. Et à supposer que la chose fût établie, rien n'autoriserait M. Rouillard à dire que la scarlatine ait joué là un autre rôle que ces incidents vulgaires : frayeur, émotions, préoccupations morales, qu'on retrouve souvent à l'origine de diverses vésanies.

En résumé, en fait de psychopathies, la notion d'espèce doit reposer sur un ensemble de données étiologiques, symptomatiques, d'évolution. Créer autant d'espèces que de circonstances occasionnelles, c'est compliquer sans utilité le cadre des maladies mentales, et, ce qui me semble plus grave, c'est méconnaître les principes qui nous paraissent devoir nous guider en matière de classifications.

M. CHRISTIAN s'étonne de l'énorme proportion de scarlatineux, observée durant cette épidémie de Longwy. Elle serait du tiers de la garnison, 500 sur 1,500.

M. ROUILLARD. — J'aurai peu de choses à répondre aux objections qu'on veut bien me faire, et notamment à celles de M. Gilbert Ballet. Je ne veux, en effet, édifier aucune théorie et me contente de citer deux faits curieux, assez rares, et bien observés. Je me défends, en tout cas, d'avoir parlé de folie scarlatineuse, je n'ai parlé que d'aliénation mentale développée à la suite de la scarlatine. Il n'y a pas de folie scarlatineuse, pas plus qu'il n'y a de folie cardiaque, ou de folie cancéreuse. Mais, quoiqu'on en ait, il faut pourtant bien reconnaître que, jusqu'à nouvel ordre, l'étiologie est le facteur principal dans la classification des maladies mentales. Sans dire *post hoc ergo propter hoc*, il faut cependant tenir compte des conditions dans lesquelles se développe la folie. Y a-t-il une folie consécutive aux maladies aiguës, et notamment aux fièvres éruptives? Et cette folie affecte-

terait-elle des caractères spéciaux? Je ne sais et ne veux pas préjuger de la question. Ce qu'il faut faire, c'est de réunir des observations, de grouper des faits, dont on pourra peut-être tirer plus tard d'utiles conclusions.

M. AUGUSTE VOISIN. — La communication de M. Rouillard sur les attaques épileptiformes des deux malades scarlatineux, dues probablement à de la néphrite albumineuse, me rappellent des observations de malades âgés de cinquante à cinquante-cinq ans, qui dans le cours de maladie de Bright ont été pris à plusieurs reprises de vertiges épileptiformes, suivis d'hallucinations; de délire mélancolique, caractérisé spécialement par l'idée qu'ils n'étaient pas chez eux; de ce fait, ne reconnaissant ni leurs meubles, ni leurs tableaux, ni leurs chambres, ils protestaient contre leur maintien dans leurs domiciles et ils ne cessaient de se plaindre de cette persécution.

Du mutisme mélancolique.

M. J. SÉGLAS. — Messieurs, j'ai l'honneur de soumettre à la Société quelques recherches sur des faits peu étudiés jusqu'à ce jour et qui me paraissent d'une certaine importance pour la connaissance de l'état mental des mélancoliques et surtout du *mutisme*, si fréquent chez eux.

En dehors des causes ordinaires et bien connues de tous (idées délirantes diverses, hallucinations impératives), le mutisme mélancolique peut, je crois (et c'est là ce que je vais essayer de vous démontrer), dépendre de troubles variés de la fonction langage, qui sont : 1° des amnésies verbales transitoires; 2° la perte de la signification des mots, 3° l'affaiblissement du pouvoir de synthèse; 4° la présence d'hallucinations verbales psychomotrices.

Si mon travail présente encore bien des lacunes, si les faits que j'apporte sont peu nombreux et parfois incomplets, j'espère qu'ils auront du moins l'avantage d'attirer votre attention sur des cas du même genre. Tels qu'ils sont d'ailleurs, ils cadrent bien avec certains autres déjà observés dans la mélancolie, et je crois

qu'ils peuvent servir utilement à prouver la réalité de mes conclusions.

Les amnésies verbales, que j'appellerai en quelque sorte essentielles, c'est-à-dire ne pouvant être rapportées à l'une des causes variées habituelles (intoxications, migraine ophtalmique, séuilité, ramollissement cérébral, maladies infectieuses, etc.), ne sont pas rares chez les malades de notre spécialité.

Nous en avons par exemple la preuve chez ces malades, étudiés par MM. Charcot et Magnan sous le nom d'onomatomanes. Il est une variété d'onomatomanie qui consiste dans la recherche angoissante du mot. Les malades sont obsédés par l'idée de retrouver un nom ou un mot qu'ils ont pu lire ou entendre. Ce nom, ce mot leur échappent et cela les plonge dans un état d'angoisse extrême. En vain font-ils appel à toutes les ressources de leur mémoire, s'adressant aux différentes images du mot, essayant de réveiller l'image auditive ou visuelle, essayant de le prononcer, de l'écrire. Ils se rappellent souvent à quel endroit, dans quelles circonstances le mot a frappé leur esprit, la signification du mot, car ils donnent un synonyme. Vains efforts, le mot s'obstine à ne pas revenir, l'angoisse augmente jusqu'à ce que le mot une fois retrouvé ou revenu spontanément, elle disparaisse. J'ai connu une malade de ce genre qui ne retrouvait la tranquillité que lorsque le mot cherché venait résonner à son oreille intérieure. Notez qu'il s'agit parfois de mots très connus et que c'est souvent la recherche du même mot qui provoque la crise. Il est de ces sujets qui, pour s'éviter le retour des crises, écrivent sur un carnet les mots en question et, dès le début de la crise, réussissent à la conjurer en consultant le carnet qui ne les quitte jamais. Ne s'agit-il pas dans ces cas d'une sorte d'amnésie verbale paroxystique et, moins les phénomènes d'angoisse, tout à fait comparable en ce qui concerne les troubles de la fonction du langage aux faits bien connus d'amnésie verbale observés à la suite d'une intoxication aiguë par le tabac?

Passons à des cas plus difficiles et un peu différents.

En dehors de ces mêmes phénomènes dont je viens de vous parler et auxquels ils sont très sujets, les neurasthéniques par exemple présentent le plus générale-

ment d'autres troubles du langage, un peu différents si on les analyse de près. Certains d'entre eux éprouvent, lorsqu'ils lisent, une difficulté considérable à comprendre le sens de leur lecture. Lorsqu'on leur parle, ils comprennent de même difficilement le sens des phrases qu'on leur adresse.

Un malade de ce genre, que j'ai observé récemment, très intelligent d'ailleurs, ayant fait de fortes études littéraires et philosophiques, présentait ce phénomène au plus haut point. Lorsqu'on lui parlait, s'agit-il de demandes très simples, formulées même lentement, il saisissait avec peine le sens de ces demandes. « Comment dites-vous? Répétez, je vous prie, me disait-il sans cesse, je ne saisis plus bien le sens de votre demande. De même, ajoutait-il, lorsque je parle, j'ai bien une idée et, quoique j'aie à ma disposition tous les mots de la langue française, j'ai beaucoup de peine à formuler ma pensée. La construction de ma phrase m'est très pénible, les mots appropriés à ma pensée m'échappent et j'ai peine à terminer mes phrases. Je ne puis plus aujourd'hui soutenir une conversation, et cela m'est d'autant plus pénible que j'avais autrefois une grande facilité d'élocution. Je me destinais même à l'École normale et au professorat, lorsque je tombai malade. « J'ajouterais que ce jeune homme était un simple neurasthénique, très sobre, ne fumant pas, nullement migraineux, ni hystérique.

Si je vous rapporte ce fait entre bien d'autres, c'est qu'il me paraît en quelque sorte typique. Qu'y a-t-il là? D'abord, pas la moindre trace d'amnésie verbale, le malade comprend le sens de tous les mots lus ou entendus isolément; il a dans l'esprit le mot nécessaire à son idée. Mais ce qui lui manque, c'est la faculté de grouper ces mots ensemble, de saisir le sens de mots agencés en phrase. Dans sa lecture, il lit correctement tous les mots, peut même donner leur signification isolément, mais pour lui cette lecture est vide de sens. Pour la comprendre, il lui faut un effort d'attention considérable, nécessaire à la synthèse de toutes les idées isolées éveillées au passage par chaque mot. De même lorsqu'il parle. C'est cet effort d'attention qui lui manque, qui rend la synthèse incomplète et ne lui permet pas de terminer l'expression de sa pensée. Mais ici pas de trace d'amnésie. Le malade récite des morceaux littéraires, appris jadis, sans erreur, en donne l'explication très aisément. S'il n'en est plus de même aujourd'hui, si, arrivé à la fin d'un aliéné, il ne peut en donner l'analyse en entier, s'il a oublié le commencement, s'il ne retient plus ce qu'il lit ou entend, c'est à cause du défaut premier de synthèse. On ne retient que ce que l'on a compris. M. P. Janet a bien étudié

en détail un fait de ce genre dans la *Revue philosophique* (mars-avril 1891).

Cet exemple, très simple et caractéristique en lui-même, nous conduit à l'étude des cas suivants qui sont plus difficiles à saisir, et qui ont trait à certains troubles du langage chez les mélancoliques avec conscience. Je ne connais en bibliographie que peu de choses à ce sujet : en dehors de l'article de M. P. Janet, je n'ai trouvé dans mes recherches qu'un travail du Dr Gucci. Le Dr Gucci (*Arch. ital. per le mal. nerv.*, 1889), étudiant plusieurs cas de mutisme avec stupeur mélancolique, a fait cette remarque intéressante que si, devant ces malades, qui ne parlaient pas lorsqu'on leur adressait la parole, on plaçait un livre, ils se mettaient à lire et prononçaient bien et correctement les mots. Pour ma part, j'ai eu l'occasion d'observer des faits semblables et même de faire d'autres constatations sur lesquelles j'appellerai votre attention.

Permettez-moi de vous rapporter d'abord le cas d'une malade du service semblable à celui du neurasthénique de tout à l'heure.

C'est une malade atteinte de mélancolie simple, sans délire, à forme dépressive.

Abandonnée à elle-même, elle garde toujours le silence, immobile sur sa chaise, totalement inactive. Vient-on à lui parler, on n'obtient que difficilement une réponse, en général très brève. Le plus souvent pas de réponse.

D. — Vous m'entendez bien, cependant ?

R. — Oui (oralement).

D. — Pourquoi ne me répondez-vous pas ?

R. — Je ne comprends pas.

D. — Pourtant je vous demande des choses bien simples ?

R. (en plusieurs fois). — Oui, mais je perds mes idées, — je ne sais plus parler, — je ne sais plus coudre.

Chez cette malade cependant, si l'on insiste, si on la force à faire un effort d'attention, on arrive à obtenir une réponse.

Là donc, comme chez le neurasthénique précédent, il n'y a pas d'amnésie verbale ; ce qui manque, c'est la synthèse nécessaire pour comprendre le sens d'une phrase ou construire une réponse.

Le mécanisme est encore le même dans cet autre cas, qui offre en plus quelques particularités plus intéressantes et servira de transition avec les cas suivants. Il s'agit encore d'une femme

dans la dépression mélancolique, immobile, apathique, ne parlant jamais d'elle-même et répondant à peine quand on l'interroge.

D. — Comment cela va-t-il maintenant?

R. — Toujours de même : vous savez cela mieux que moi.

D. — Pourquoi mieux que vous?

R. — Mais, je ne comprends rien.

D. — Pourquoi ne parlez-vous jamais?

R. — Puisque je ne comprends rien. Je perds la tête. Je ne sais plus m'expliquer.

D. — Que faites-vous toute la journée?

R. — Rien.

D. — Lisez-vous? Voudriez-vous lire un journal?

R. — Je ne comprends pas la lecture et puis les mots sont changés.

D. — Vous les lisiez bien?

R. — Oui, mais je ne les reconnais plus.

D. — Comment cela?

R. — Je ne sais plus ce qu'ils veulent dire.

D. — Mais vous lisiez autrefois?

R. — Oui, quelquefois.

D. — Cela vous intéressait?

R. — Autrefois, je comprenais à ma manière; maintenant, ce n'est pas la même chose.

Je présente alors à la malade un journal et lui fais lire une phrase de trois lignes. Elle lit quelques mots, puis s'arrête au mot « manutention ».

D. — Eh bien, continuez.

R. — Je ne connais pas ce mot-là.

D. — Epelez-le.

R. — Je ne vois pas les lettres.

D. — Continuez.

Le malade lit la phrase.

D. — Que signifie ce que vous venez de lire.

R. — Je ne sais pas.

D. — Recommencez à lire.

La malade recommence. Arrivée au mot manutention, elle hésite longtemps, puis, après bien des efforts, lit péniblement « manutention ».

D. — Que veut dire ce mot?

R. — C'est comme une fabrique.

D. — Relisez toute votre phrase?

La malade relit toute la phrase.

D. — Que signifie ce que vous venez de lire?

R. — Je ne sais pas.

J'explique alors à la malade le sens de la phrase en la lui lisant moi-même. Je cause d'autre chose et, au bout de quel-

ques instants, je lui demande ce que je lui ai lu; elle me donne de suite le résumé de la phrase en question.

Plusieurs expériences donnent des résultats identiques.

Une autre fois, je lui fais lire la phrase suivante : « Une grande fête aura lieu au casino de Rueil, au profit de l'orphelinat des arts ».

Elle s'arrête au mot « casino ».

D. — Continuez.

R. — Je ne sais pas ce mot-là.

D. — Épelez.

R. — Mais je ne vois pas.

D. — Essayez.

R. — Ca... Ca... Cati... Je ne sais pas. Catino.

D. — Mais non : « Casino ».

R. (étonnée), regarde le mot, dit : C'est vrai, casino... un concert.

D. — Relisez tout.

La malade relit, prononce couramment casino et s'arrête à profit de l'or... de l'or... je ne sais plus.

Elle approche et éloigne son journal et dit : « Je ne vois pas. »

Je me mets à causer d'autre chose et lui demande à brûle pourpoint.

D. — Savez-vous ce que c'est qu'un orphelinat.

R. — C'est là où l'on met les orphelins.

Je lui cause un peu de sujets indifférents et la prie, au bout de quelque temps, de me relire la même phrase, ce qu'elle fait sans hésitation.

D. — En résumé, qu'est-ce que cela veut dire?

R. — Ah voilà! je ne sais pas. On parle d'un orphelinat.

Je lui explique le sens de la phrase en la lisant moi-même, puis, après quelques instants de conversation autre, je lui dis :

D. — A propos, qu'avez-vous lu tout à l'heure?

R. — Une grande fête à Rueil pour l'Orphelinat des arts.

A un autre moment, je lui ai lu moi-même, sans donner d'explication, un fait divers plus long où il était question d'un agent de change en fuite. J'avais voulu le lui faire lire et elle s'était arrêtée au premier mot. Plus tard, lorsque je lui demande ce que je lui ai lu dans le journal, elle répond :

R. — Ce que vous avez lu? parbleu, un agent de change qui est parti, cela arrive, ces choses-là.

Ainsi donc plusieurs faits sont à retenir ici :

1° Le plus simple, c'est qu'en lisant, la malade ne voit pas certains mots et ne peut même les épeler. Elle n'y arrive que si l'on réveille en quelque sorte la représen-

tation mentale de ce mot par d'autres procédés, mot prononcé, explication de ce mot. Et cependant elle peut donner elle-même la signification de ce mot lorsqu'on le prononce devant elle. C'est de l'amnésie verbale visuelle. D'ailleurs, chez elle, les images auditives sont beaucoup moins atteintes.

2° De plus, il est des mots que la malade peut lire, mais que, même pris isolément, elle dit n'avoir plus pour elle la signification habituelle.

3° D'un autre côté, même lorsqu'elle a l'image des mots, et leur signification en détail, elle ne comprend pas le sens général des phrases, comme elle le dit elle-même à peu près, et surtout comme on le voit lorsqu'on la fait lire. Ce n'est que lorsqu'on lui a donné le sens général de la phrase, en un mot, quand on a fait pour elle cette synthèse, qu'elle peut à la fois donner la signification de cette phrase et la retenir (défaut de synthèse).

J'ajouterai que cette femme, qui a un souvenir très exact des faits antérieurs à sa maladie, ne sait rien ou presque rien de ce qui s'est passé depuis son séjour à l'hôpital. Elle ne garde le souvenir que de ce que je lui ai expliqué.

Les faits de cette dernière catégorie sont absolument semblables à ceux qu'a étudiés en détail M. P. Janet dans l'article cité plus haut. Comme l'a dit M. Janet, « quand la synthèse a été faite d'une façon quelconque, elle se répète ensuite presque automatiquement. Les éléments n'ont plus besoin d'être liés, ils le sont déjà : il ne s'agit plus alors d'une synthèse, mais d'une association d'idées, opération différente et qu'il importe de distinguer, et ce qui est capital ici, ce n'est pas tant la complexité que la nouveauté de la synthèse nécessaire, par exemple, pour grouper les différentes sensations visuelles provoquées par la lecture d'un livre nouveau. » Et cela est surtout vrai, je crois, dans la mélancolie, où tout est changé pour le malade et lui apparaît sous un jour nouveau : et c'est justement cette nouveauté qui est la cause principale de la difficulté de synthèse.

Ces deux exemples nous reudront mieux compte des deux observations suivantes, qui peuvent avoir eu plus quelque intérêt au point de vue de l'étude du mutisme mélancolique.

M^{me} B... a eu autrefois un accès de mélancolie anxieuse dont elle a guéri et a été reprise d'un nouvel accès mélancolique à forme dépressive.

Abandonnée à elle-même, elle ne parle pas. Mais une chose frappe à première vue, lorsqu'on lui adresse la parole. Loin de rester figée dans son immobilité, comme bien des mélancoliques, elle lève un peu la tête et regarde son interlocuteur d'un air étonné et sans répondre. Un jour, me souvenant des faits de Gucci et de celui tout semblable que j'avais observé, je lui mets sous les yeux un papier sur lequel j'avais écrit quelques mots. Elle regarde le papier, puis moi, toujours de son air étonné, et ne dit rien. Le lendemain, à la visite, je m'arrête à son lit et lui adresse la parole. Elle me répond alors : « Je n'ai pas compris un mot de ce que vous m'avez dit hier ; je n'ai même pas reconnu le son de votre voix. J'entendais un bruit, je voyais votre bouche remuer : mais je n'ai compris qu'après votre départ. Je ne sais pas ce que j'ai, je deviens comme une bête. »

C'est là, si je ne me trompe, un fait d'amnésie verbale auditive transitoire.

Voici maintenant le défaut de synthèse. A un autre moment, la malade écoute et semble comprendre ce qu'on lui dit, lit même au besoin, commence une réponse, mais ne termine pas ses phrases. Elle approuve seulement ou désapprouve oralement lorsqu'on les termine à sa place. En général, pour obtenir une réponse, il faut procéder par questions ne nécessitant qu'une affirmation ou une négation simple. Car elle ne peut répondre une phrase un peu longue sans s'arrêter.

D. — Vous comprenez bien ce qu'on dit ?

R. — Oui.

D. — Savez-vous ce que ce vous voulez dire ?

R. — Oui.

Et cela est vrai, puisqu'elle peut approuver ou non la réponse faite à sa place.

D. — Pourquoi ne parlez-vous pas ?

R. — Je ne sais jamais comment dire.

Voici sur le même sujet une autre observation, que j'ai retrouvée dans mes notes, et qui a pour moi d'autant plus d'importance qu'à l'époque où je l'ai prise, je ne m'occupais nullement de cette question et que ce cas alors me semblait à peu près indéchiffrable.

Il s'agit d'une dame de vingt-cinq ans environ, prise, à la suite d'un accouchement, d'un accès de mélancolie dépressive allant presque jusqu'à la stupeur.

Elle se renferme dans un mutisme presque absolu depuis

plusieurs mois, et lorsqu'on lui parle c'est à peine si l'on peut obtenir un non ou un oui, très rares, prononcés à voix basse. Un matin, lorsque je l'interrogeais, comme elle regardait fixement le cahier de notes que je tenais, je finis par lui dire : « Qu'avez-vous à regarder ce cahier, le voulez-vous ? » Elle fait alors un signe de tête affirmatif ; je le lui donne ainsi qu'un crayon, en lui disant : « Vous voulez donc écrire ? »

Elle écrit alors d'elle-même, en s'arrêtant à plusieurs reprises : « Je ne peux pas parler... j'ai beau essayer... je perds mes idées, ma mémoire a des lacunes (*sic*). » J'étais très satisfait de communiquer ainsi avec ma malade, quoique nos conversations fussent souvent très brèves, moi parlant, elle écrivant ; lorsqu'un jour, à ma contre-visite, elle n'écrit plus quand je lui parle, et me regarde d'un air singulier lorsque je lui adresse la parole. Comme j'insiste, elle me montre son papier. Il faut croire que ma figure exprimait clairement que je ne comprenais pas ce que voulait ma malade, car, après quelques hésitations, elle trace le mot « écrivez ». J'écris et j'obtiens alors à cette question une réponse écrite.

Au bout de quelques instants, je m'éloigne extrêmement perplexe et me demandant ce que tout cela signifie, si c'est un caprice... n'ayant pu savoir la raison du changement survenu dans ma malade.

Le lendemain, à ma visite, ma malade avait repris son allure habituelle et à ma demande : « Pourquoi n'écriviez-vous plus hier comme d'habitude, lorsque je vous adressais la parole », elle fait cette réponse écrite : « Je ne savais pas ce que vous me disiez. »

Voilà des faits assez complexes que je ne fais que vous signaler aujourd'hui, mais qui, bien qu'incomplets, méritent, je crois, une sérieuse attention. Quant à leur interprétation, nous ne pouvons actuellement que faire les hypothèses suivantes. Dans certains cas, il me semble y avoir une amnésie passagère de certaines images du mot. Dans d'autres, le mot est conservé en lui-même, mais il ne correspond plus à une idée, il a perdu sa signification première. Le plus souvent enfin, il y a surtout affaiblissement du pouvoir de synthèse, empêchant ces malades de rassembler ensemble les images des différents mots, dont ils ont alors gardé la notion isolément, pour comprendre la phrase dans son ensemble ou faire une réponse. Et cela est si vrai que parfois le malade peut réciter les mots qu'il vient de lire, mais sans pouvoir donner le sens de la phrase. Si par

moments le malade se sert d'une image d'un mot plutôt que d'une autre, cela ne prouve pas toujours qu'il y ait amnésie de cette dernière image, mais que la synthèse de la phrase lui est peut-être plus facile avec la première, moins atteinte et peut-être toujours prédominante chez lui.

Quant à l'explication pathogénique de ces faits, à la théorie physiologique, elle me paraît actuellement bien difficile et prématurée. S'agit-il de spasmes vasculaires dans certains territoires de l'écorce correspondant aux différents centres du langage, et pouvant amener de l'amnésie verbale? Cette supposition semble au premier abord admissible, étant donnée la fréquence des troubles vaso-moteurs dans la mélancolie dépressive. Mais elle ne donne pas une explication de tous ces faits, surtout lorsqu'il n'y a qu'affaiblissement du pouvoir de synthèse. S'agit-il alors de ces phénomènes vagues, mal déterminés, englobés sous le qualificatif si peu explicatif de phénomènes d'arrêt ou d'inhibition?

Cette hypothèse est encore possible et s'accorde assez bien avec ce que nous savons de la nature de la mélancolie en général. Quoi qu'il en soit, je fais pour le moment bon marché des théories et me borne simplement à vous signaler des faits peu étudiés. A mesure qu'ils croîtront en nombre et en précision, l'explication en deviendra plus facile.

Actuellement, si l'analyse de ces faits psychologiques a une portée, c'est la suivante : ils peuvent nous donner la raison, dans certains cas, du mutisme plus ou moins absolu, plus ou moins prolongé de ces malades. Ils nous renseignent en même temps sur l'état des opérations intellectuelles dans la mélancolie ; de plus ils peuvent servir à nous expliquer ces faits d'amnésie post-mélancolique, dans lesquels le malade n'a qu'une notion confuse des faits antérieurs. Cette amnésie spéciale aurait surtout sa source dans les différentes particularités sur lesquelles je viens d'insister. Si les faits du délire sont oubliés après guérison, c'est que le malade n'a pu les percevoir nettement, les grouper ensemble, synthétiser, en un mot, les comprendre.

Enfin, au point de vue du traitement, les considérations précédentes ne sont peut-être pas sans importance.

et peuvent nous fournir quelques indications sur le traitement psychologique de la mélancolie.

Avant de terminer, permettez-moi de vous exposer encore des faits d'un autre ordre et qui peuvent, je crois, jouer quelquefois un certain rôle dans la production du mutisme des mélancoliques. Il s'agit alors des symptômes décrits par Baillarger sous le nom d'hallucinations psychiques et que j'ai essayé d'interpréter en leur donnant le nom d'*hallucinations verbales psycho-motrices* (1). Cette interprétation, permettez-moi de vous le rappeler, consiste en ceci, c'est que de même que l'hallucination verbale auditive est le résultat d'une excitation portant sur l'image auditive du mot assez intense pour l'extérioriser, l'hallucination verbale psycho-motrice est un phénomène en tout semblable portant sur l'image motrice d'articulation.

Ces hallucinations verbales psycho-motrices sont très fréquentes chez les mélancoliques et j'incline même à penser que la simple *conversation mentale*, presque ordinaire chez eux, se fait surtout à l'aide des images motrices d'articulation des mots et n'est pour ainsi dire que l'état faible de l'hallucination verbale psycho-motrice. Or ces symptômes peuvent intervenir, je crois, dans la production du mutisme mélancolique, et si les malades qui en sont atteints ne répondent pas aux questions qu'on leur adresse, c'est tout simplement parce qu'ils n'ont pas à leur disposition à la fois deux images motrices différentes, l'une servant à la production de l'hallucination verbale psycho-motrice, l'autre à l'expression de la réponse sollicitée par leur interlocuteur. Une malade de ma consultation, déjà citée par M. Janet (2) et chez laquelle les hallucinations verbales psycho-motrices s'accompagnaient de mouvements de la

(1) J. Séglas. — L'hallucination dans ses rapports avec la fonction du langage; les hallucinations psycho-motrices (in *Progress médical*, 1888, n° 34 et 35). — De l'antagonisme des idées délirantes (*Ann. méd.-psych.*, 1889). — Le dédoublement de la personnalité et les hallucinations verbales psycho-motrices. (Congrès international de médecine mentale, Paris, 1889). — Voir aussi Tamburini. Les hallucinations motrices (*Rev. scientifique*, 10 mai 1890 et *Arch. ital. per le mal. nerv.*, septembre 1890).

(2) P. Janet, *loc. cit.*, p. 275.

langue très nets, ne peut pas arriver, quand on l'interroge, à parler elle-même en même temps qu'elle sent parler intérieurement. « Il y a, dit-elle ensuite, quelque chose dans les jones qui m'empêche de parler à ce moment. » En langage médical, elle n'a pas en même temps deux images verbales motrices d'articulation différentes.

Chez elle, le phénomène est intermittent; mais supposons que les voix intérieures (hallucinations verbales psycho-motrices) soient presque incessantes, et l'on comprendra dès lors qu'il puisse en résulter un mutisme plus ou moins prolongé. En voici un exemple :

Une malade du service, atteinte de mélancolie dépressive, tombe tout à coup dans le mutisme et pendant six jours garde un silence absolu. Lorsqu'elle recommence à parler, voici ce qu'elle raconte, quand on lui demande la raison de son silence : « C'est à cause des voix qui parlent là (elle montre le creux épigastrique) et qui parlaient continuellement. » Elle en a toujours entendu de semblables, elles sont devenues plus nettes depuis six mois, mais non pas incessantes comme ces jours derniers. Ces voix ne lui défendaient pas de parler. Elle ne les entend pas du tout par l'oreille, mais elle les sent en elle-même. Quand elle a ses voix, c'est, dit-elle, un peu comme si sa langue marchait malgré elle et même elle a parfois dans la bouche, à ce moment, la sensation d'un corps étranger qu'elle cherche à avaler. Cela était constant ces jours derniers : « Je voulais parler, mais je ne pouvais pas, dit-elle, je n'étais pas maîtresse de ma langue. Je la sentais remuer comme malgré moi et cependant quand je voulais répondre, c'était comme si mon gosier et ma langue étaient paralysés. »

Ce fait n'est-il pas démonstratif et ne prouve-t-il pas que le mutisme était dû à ce que cette malade était incapable d'avoir à la fois deux images motrices d'articulation, l'une servant à la production de l'hallucination verbale psycho-motrice, l'autre à l'expression de la réponse demandée ?

Ces observations viennent à l'appui des expériences de Stricker (1) établissant que si l'on se représente

(1) Stricker. *Du langage et de la musique*, p. 134.

assez aisément en même temps deux mots à l'aide d'images verbales différentes, par exemple l'image auditive et l'image motrice, cela est déjà plus difficile lorsqu'on fait usage de deux images sensorielles de même espèce, soit visuelles, soit auditives ; mais qu'on ne peut se représenter à la fois deux mots à l'aide d'images motrices simultanées, que très difficilement et à force d'exercice, encore la plupart des gens en restent-ils incapables. C'est le cas de nos derniers malades et leur mutisme n'est que le résultat de cette incapacité.

En résumé, en dehors des causes déjà connues, le mutisme mélancolique peut être dû à des amnésies verbales, à la perte de la signification de certains mots, à l'affaiblissement du pouvoir de synthèse, à la présence d'hallucinations verbales psycho-motrices.

M. CHARPENTIER. — Je n'ai pas l'intention de discuter les faits si finement observés par M. Ségla, mais bien l'hypothèse qu'il a émise pour expliquer la perte du souvenir, observée chez des mélancoliques au sortir de leur mutisme. Cette amnésie serait, d'après notre collègue, le résultat de l'affaiblissement du pouvoir d'association, qui ne leur permettrait pas de percevoir ni de comprendre ce qu'on leur disait et par suite de s'en souvenir ; l'amnésie serait donc consécutive à ce défaut de perception. Je crois que la thèse opposée pourrait se soutenir, en disant que c'est l'amnésie, phénomène premier, qui entraîne à sa suite la faiblesse ou la nullité de la perception. Car au fond, qu'est-ce qu'une perception, sinon la juxtaposition d'une impression transformée sur une image à l'état de souvenir, antérieure et analogue. Si cette image antérieure n'est pas conservée par la mémoire, la juxtaposition ne peut avoir lieu et la perception, d'où l'idée, ne peut naître.

Il est un autre point qui n'est pas sans m'étonner ; c'est, d'une part, ce groupe de mélancoliques à mutisme qui ne peuvent répondre parce qu'ils ne comprennent pas les personnes qui leur parlent, et cet autre groupe de malades avec mutisme dû à des hallucinations psychomotrices, qui comprennent ce qu'ils se disent à eux-mêmes à un point tel qu'ils ne comprennent pas les personnes qui leur parlent et par suite ne leur répondent pas ; il faut

vous dire que chez ceux-là le pouvoir d'association n'a pas faibli.

M. SÉGLAS. — Tout d'abord je répondrai à M. Charpentier que dans la communication que je viens de faire, il s'agit de malades différents. Mais je ne vois cependant aucun obstacle à ce que ces faits puissent coexister chez le même sujet : en un mot, à ce que le même individu qui comprend mal ce qu'on lui dit, et ne fait pas la synthèse des mots entendus, puisse avoir en même temps des hallucinations verbales psycho-motrices et de la conversation mentale. Cela prouve tout simplement que la synthèse des mots, traduisant la pensée, se fait mieux à l'aide des images motrices d'articulation qu'à l'aide des images auditives du mot. M. Charcot a rapporté un fait, cité dans la thèse de M. Bernard (p. 72), que l'on pourrait invoquer à ce propos. Il s'agit d'un homme ayant perdu les images visuelles des mots et qui put corriger le trouble dont il était atteint par une éducation du langage intérieur auditif, par une substitution des images auditives du mot aux images visuelles qui lui faisaient défaut. — Quant à l'observation de M. Charpentier à propos de ce que j'ai dit de l'amnésie mélancolique, je persiste à croire que cette amnésie des faits survenus pendant la maladie est subordonnée aux troubles d'aperception, au défaut de synthèse. La mémoire n'est qu'une faculté de reproduction et un fait de mémoire (je ne parle pas de la mémoire automatique) suppose toujours l'existence préalable d'un fait de perception très complet. Pour se rappeler un événement, il faut être immédiatement sûr de trois choses : 1° que quelque chose est réellement bien arrivé ; 2° que cela est arrivé comme on le pense ; 3° que c'est arrivé quand on le pense. Tout cela a nécessité un ensemble de perceptions, une synthèse mentale dont le mélancolique est incapable. Et c'est pour cela, qu'après guérison, s'il se rappelle les événements antérieurs à son délire, il a oublié en grande partie ce qui s'est passé pendant son délire parce qu'il n'a pas pu se rendre un compte exact des faits, ni les associer ensemble ou qu'il ne l'a fait qu'incomplètement. Quant à l'amnésie verbale transitoire que j'ai signalée chez eux, elle entrave évidemment la synthèse nécessaire à la compréhension des phrases.

Mais il n'en reste pas moins vrai que l'amnésie post-délirante du mélancolique relative à l'accès, et plus ou moins complète, me semble devoir être la conséquence des faits que je viens d'exposer à la Société.

Ordre du jour de la prochaine séance.

M. FALRET propose de mettre à l'ordre du jour de la prochaine séance la nomination d'une Commission chargée de présenter un rapport sur la nouvelle législation sur les aliénés présentée à la Chambres des députés.

Après un court échange de paroles, la Société décide que la question de la législation des aliénés sera mise à l'ordre du jour de la prochaine séance, et qu'une Commission sera nommée après la discussion.

La séance est levée à six heures.

CHARPENTIER.

SÉANCE DU 27 JUILLET 1891

Présidence de M. BOUCHEREAU.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance et présentations d'ouvrages.

La correspondance imprimée comprend :

Le numéro de juillet de la *Revue d'hypnotisme*.

M. PAUL GARNIER fait hommage à la Société, au nom de M. le Dr Thierry, de sa thèse inaugurale : « *De la responsabilité atténuée. Etude médico-légale.* » Il signale le véritable intérêt de cet excellent travail. M. Thierry, qui joint au titre de médecin celui de licencié en droit, avait toutes qualités pour traiter, avec compétence, les questions si délicates de l'irresponsabilité et de la *demi-responsabilité*. Il a montré quelles sont aujourd'hui les lacunes de la loi en présence d'une science qui a marché et ne peut plus s'accommoder des vieilles formules judi-

ciaires. Avec tous les anthropologistes, les criminologistes, avec tous les médecins, il insiste sur l'urgence d'une réforme, en s'appuyant d'ailleurs sur un grand nombre d'observations bien choisies, réforme qui devra tenir compte de ces situations intermédiaires représentant la série des chaînons qui séparent la folie proprement dite de l'état normal. A ces situations intermédiaires, il convient d'appliquer, non des solutions extrêmes, dont aucun esprit logique ne saurait être satisfait, mais des mesures mixtes en rapport avec les états mixtes qu'elles visent. Une telle réforme, pour être véritablement complète, doit comporter la création d'asiles spéciaux pour certains criminels qui, sans être, à proprement parler, des aliénés, n'en subissent pas moins la fatalité d'une organisation dégénérée, pathologique, en un mot, pour les criminels instinctifs qui ne sont à leur place ni dans un établissement d'aliénés, ni dans une prison : cette création des *asiles de sûreté*, M. Thierry la demande et, en cela, il est d'accord avec la plupart d'entre nous. Quant à ceux qui ne sont pas encore convaincus de cette nécessité, la lecture de l'ouvrage de M. Thierry entraînera peut-être leur adhésion définitive.

M. RAMADIER. — Je viens offrir à la Société médico-psychologique, au nom du D^r Loddé, sa thèse sur l'*emploi du chlorhydrate d'hyoscine chez les aliénés*. Ce travail renferme un historique très complet de la question ; il est basé, au point de vue clinique, sur les résultats que nous a fournis, à M. le D^r Sérieux et à moi, l'usage presque journalier de ce médicament que nous expérimentons à l'asile de Vaucluse depuis le milieu de 1889. Ces résultats présentent un certain intérêt, les voici en quelques mots :

Le chlorhydrate d'hyoscine peut rendre des services dans les états maniaques aigus, le délire alcoolique, la mélancolie anxieuse, la paralysie générale avec excitation maniaque, les périodes d'agitation antérieures ou postérieures aux crises épileptiques.

Son emploi est indiqué toutes les fois qu'il y a nécessité urgente de calmer le malade, par exemple dans les cas de traumatisme chez les sujets agités.

Pas plus que les autres hypnotiques, le chlorhydrate

d'hyoscine ne saurait être considéré, à proprement parler, comme un médicament curatif, il faut l'envisager plutôt comme un excellent palliatif dans les épisodes paroxystiques qui, par leur acuité même, peuvent aller jusqu'à compromettre l'existence du malade.

Ce qui constitue sa supériorité, c'est d'abord la facilité de son administration (voie hypodermique), ensuite la sûreté et la promptitude de ses effets.

Les cardiopathies, les états cachectiques très avancés doivent être considérés comme des contre-indications à l'emploi de ce médicament.

Les doses à employer en injections sous-cutanées sont de 1/4 à 1/3 de milligramme au début; plus tard, en tâtant le terrain par des doses progressives, on peut aller jusqu'à 1^{mm}1/2, et même, mais très rarement, 2 milligrammes. L'assuétude est lente à s'établir, comparée à l'accoutumance de la morphine.

Les effets physiologiques principaux du chlorhydrate d'hyoscine sont la mydriase, un certain degré de parésie et d'incoordination musculaire plus accentuée aux membres inférieurs, le ralentissement de la circulation et des mouvements respiratoires, la suppression ou la diminution des sécrétions sudorales et salivaires, le sommeil. Ces effets se produisent assez rapidement, de dix à vingt minutes après l'injection.

Rapport de candidature.

M. CHASLIN. — Messieurs, vous avez chargé une Commission, composée de MM. Ballet, Ritti, Chaslin rapporteur, d'examiner la demande de M. Abel Meilhon qui sollicite le titre de membre correspondant.

M. Meilhon a d'abord été interne de l'hôpital Saint-Jean de Bordeaux, de l'asile d'aliénés de Toulouse et de l'asile de Pan; il a obtenu une médaille d'honneur en argent à l'occasion de l'épidémie de choléra qui a sévi à Toulouse en 1884; puis, après avoir été médecin-adjoint de l'asile d'Aix-en-Provence; il vient d'être nommé médecin en chef préposé responsable du quartier d'aliénés de l'hôpital-hospice de Moutauban. Vous voyez déjà que notre confrère, par les situations qu'il a occupées succes-

sivement, a dû acquérir l'habitude du maniement des aliénés. La récompense officielle qui lui a été décernée alors qu'il était encore interne des asiles, vous montre aussi qu'il sait se dévouer pour ses malades.

Mais vous attendez davantage d'un confrère qui veut entrer dans notre Société. Il faut qu'il puisse apporter sa contribution à l'étude de la folie, qu'il puisse intervenir dans vos discussions, en un mot qu'il fasse avancer la science de l'aliénation. M. Meilhon a publié trois mémoires intéressants qui méritent, je crois, d'attirer votre attention ; voici leurs titres : 1° *Du suicide dans le délire ou folie des persécutions* (Th. de Bordeaux, 1886) ; 2° *Observation de mort subite par rupture du cœur chez une mégalomane* (in *Ann. médico-psychol.*, 1887) ; 3° *Contribution à l'étude de la paralysie générale chez les Arabes* (in *Ann. médico-psychol.*, 1891). Permettez-moi de vous donner ici en quelques mots les résultats auxquels l'auteur est arrivé dans son premier et dans son dernier travail.

Contrairement à ce que certains auteurs croyaient, la règle est que le persécuté véritable ne se suicide pas ; les exemples que l'on a donnés ne peuvent servir à démontrer ce suicide, car il s'agit d'erreurs de diagnostic : on a confondu des mélancoliques avec des persécutés, confusion qui se produit encore trop fréquemment, même actuellement. Le suicide du persécuté pourtant peut se rencontrer exceptionnellement ; alors il y a une complication ; l'état pathologique est mixte, et c'est l'autre genre de trouble, étranger au délire systématisé, par exemple l'alcoolisme, qui amène le suicide. Ou bien c'est pourtant le persécuté en tant que persécuté qui se tue, mais c'est par persécution qu'il le fait, c'est pour jouer un tour à ses ennemis ou se venger d'eux. Le contraste avec le mélancolique est donc maintenu jusqu'au bout ; le délire de persécution doit donc être complètement séparé de la mélancolie.

Dans son autre mémoire, M. Meilhon étudie la fréquence de la paralysie générale chez les Arabes, il trouve qu'elle est rare chez eux et qu'elle revêt surtout la forme maniaque. Ce n'est qu'à dater de l'année 1877 qu'elle apparaît et la seule cause certaine de cette apparition, l'auteur la trouve dans la participation que prennent

aujourd'hui un certain nombre d'Arabes à la civilisation européenne.

Vous apprécierez, sans doute avec nous, Messieurs, tout l'intérêt de ces travaux, et vous accueillerez dans notre Société, je l'espère, M. Abel Meilhon, que nous avons l'honneur de proposer à vos suffrages.

Couformément aux conclusions de ce rapport, M. Meilhon est nommé, à l'unanimité, membre correspondant.

*Discussion sur le projet de revision de la loi
du 30 juin 1838, sur les aliénés.*

M. PAUL GARNIER. — Messieurs, je regrette que notre éminent collègue M. Falret, sur l'initiative duquel la discussion de la proposition de loi de M. J. Reinach, a été portée à l'ordre du jour de nos séances, n'ait pas pris aujourd'hui la parole. Il aurait traité cette importante question avec cette haute compétence et cette grande autorité de langage que nous lui reconnaissons tous. Je ne songe point à le remplacer à cette tribune. Mais, en l'absence de toute autre communication à l'ordre du jour, je vous demande la permission de vous présenter quelques courtes observations sur le projet de loi de M. J. Reinach.

Je ne vous surprendrai certainement pas, Messieurs, en vous disant que les arguments exposés par M. Reinach, dans son rapport, ne m'ont nullement convaincu.

Est-il bien vrai, ainsi que le dit l'honorable député, que la législation en vigueur depuis un demi-siècle a fait courir tant de périls à la liberté individuelle? Est-ce que cette loi a ouvert réellement les portes si larges à l'arbitraire? A-t-elle été, entre des mains criminelles, un instrument d'un maniement si facile? A-t-on en enfin, en toute vérité, à déplorer de lamentables abus? Certes, on l'a dit et répété bien des fois et sur tous les tons. L'a-t-on prouvé? Je puis affirmer, Messieurs, que nous attendons encore cette preuve.

Il n'est pas dans mes intentions d'étudier ici, dans tous ses détails, le projet de loi qui nous occupe. On a déjà formulé contre lui des critiques plus méritées, selon

moi, que celles dirigées, sans preuves réelles, contre la loi actuellement en vigueur.

Après avoir examiné attentivement la proposition de loi de M. Reinach, je n'hésite pas à dire qu'elle me paraît illogique et impraticable, en certaines de ses parties.

La base du nouveau système est la substitution de l'autorité judiciaire à l'autorité administrative, qui s'en rapportait aux conclusions du certificat médical. De telle sorte qu'on veut faire d'un malade un *justiciable*, et qu'on veut prononcer *contre* lui un jugement de collocation, jugement qu'il faudra, sans doute, signifier à ce pauvre insensé !

Mais n'est-il pas certain que si les juges dont va désormais dépendre le sort de ce malade et qui auront aussi à se préoccuper de l'intérêt de la sécurité publique, veulent être éclairés dans une question où la parole est, après tout, au médecin, puisqu'il s'agit de maladie, n'est-il pas certain, dis-je, que ces magistrats, soucieux de la responsabilité que la nouvelle loi fera peser sur eux, ne manqueront pas de s'adresser au médecin ? N'est-il pas certain que leur jugement sera précisément fait de cette opinion médicale qu'on suspecte et qu'on redoute, ainsi que cela est expliqué, nous le verrons plus loin, dans la proposition de loi ?

Après comme *avant*, il faudra donc toujours recourir aux avis de la science aliéniste. Y a-t-il tant d'avantages à adopter le nouveau système ? Il me semble, en tous les cas, que des inconvénients graves en résulteraient, inconvénients qui seraient de nature sans doute à faire regretter promptement le régime de la loi de 1838.

Comment, alors que la tendance actuelle, tendance essentiellement humanitaire, liée d'ailleurs aux progrès mêmes de la science, est de chercher à effacer, le plus possible, cette tare qui marquait si profondément autrefois et marque encore aujourd'hui le déshéritement de la raison, et de s'efforcer de le rapprocher, de plus en plus, d'un malade ordinaire, on voudrait, au contraire, accentuer cette tare et cette séparation, en faisant de l'aliéné un être tout à fait à part, séquestré du reste des hommes par cette chose toujours redoutable dans l'esprit public, par un jugement ! Je me refuse de voir là un progrès. Ne va-t-on pas apporter une aggravation à une situation

déjà bien malheureuse sur laquelle une famille douloureusement frappée voudrait faire le silence? Ne faut-il pas redouter que, dans la crainte d'une divulgation et d'un scandale possible, les familles n'adoptent des mesures ou des procédés dont pourra pâtir le malade? C'est pour de telles raisons que la proposition de loi me paraît illogique, en plusieurs de ses articles. J'ai ajouté qu'elle s'annonçait aussi comme difficilement applicable. A cet égard, je me contenterai de rappeler que, chaque année, je rédige, à la préfecture de police, environ 4,000 certificats ou rapports aux fins de placement. Ainsi donc, d'après la nouvelle loi, ce serait pour autant de fois qu'il faudrait mettre en mouvement l'appareil de la justice. Je ne crois pas exagérer l'importance de cette colossale besogne judiciaire, en déclarant que des magistrats devraient siéger en permanence, pour délibérer et formuler, après s'être entourés de tous les moyens d'information, les considérants de 4,000 ou 5,000 jugements. Il faudra agir très vite, comme en ces chambres de police correctionnelle où les affaires sont tellement nombreuses qu'il devient nécessaire de procéder très rapidement sous peine d'être submergé.

De très bons esprits se sont élevés, depuis longtemps, contre cette précipitation forcée qui peut nuire à la bonne distribution de la justice. Ces doléances n'auront-elles pas aussi leur raison d'être, en présence de la tâche qui sera imposée aux magistrats? Ne pourra-t-on parler de jugements trop précipitamment prononcés? Et remarquons encore qu'un jugement intervient ici avec toute la gravité d'une décision sans appel et dont l'effet aura nécessairement une assez longue durée.

Quoi qu'il en soit, pendant que la justice s'occupera de rechercher si l'internement définitif doit être prononcé, les présumés aliénés, enfermés provisoirement dans ces quartiers d'observation qu'on veut pour eux, et dont la création serait si onéreuse pour le budget, les présumés aliénés, dis-je, attendront là, qu'il soit statué sur leur sort. On admet bien qu'ils pourront y recevoir les soins que leur état exigerait. Mais est-on bien sûr que, dans de telles conditions, on serait pleinement autorisé à instituer un traitement? Ai-je le droit de traiter comme un aliéné un individu qui a le droit, lui,

de me dire qu'il ne l'est pas, tant que les juges ne seront pas venus prononcer que, effectivement, il est dûment aliéné. Jusqu'au prononcé du jugement je suis, moi chef de service, en face d'un point d'interrogation et, ainsi qu'on le sait, dans le doute il convient de s'abstenir. Car supposez, en effet, que vous ayez institué le traitement contre la folie et que le jugement vienne déclarer, quelques jours plus tard, que l'imputation de folie n'était point justifiée et fasse immédiatement mettre en liberté celui que vous auriez traité comme aliéné, en vous fiant aux résultats de votre propre examen et aux lumières de votre expérience. Dans quelle situation seriez-vous vis-à-vis d'un individu légalement soustrait à une thérapeutique jugée inutile et peut-être, selon lui, dangereuse ? N'est-on pas allé jusqu'à prétendre, d'ailleurs, que le traitement adopté par certains aliénistes était de nature à faire promptement un aliéné d'un homme parfaitement sain d'esprit à son entrée à l'asile !

Donc, logiquement, il faudrait s'abstenir de tout traitement, au moins dans bien des cas, jusqu'à ce que le placement provisoire ait été transformé, par jugement, en séquestration définitive. Je sais bien que notre conscience de médecin nous amènerait à intervenir, malgré tout, lorsque nous le jugerions utile, et surtout dans les cas d'urgence.

Il n'en est pas moins vrai que la situation que je viens d'indiquer est grosse de difficultés et de périls.

Il y a plus. Nous internons tous les jours beaucoup d'individus atteints de délire alcoolique aigu. Chez certains de ces intoxiqués, le délire s'apaise au bout de quelques jours ou de quelques semaines. Avec la nouvelle loi, tantôt le jugement de collocation définitive viendra transformer en une séquestration de longue durée un internement qui aurait pu être fort court ; tantôt, lorsque le magistrat viendra s'assurer de la légitimité du placement, le délire aura disparu et on trouvera injustifié un internement qui était cependant pleinement motivé peu de temps auparavant, au plein de l'accès délirant. Un jugement d'élargissement intervenant alors sera interprété, avec quelque apparence de raison, comme une désapprobation grave et préjudiciable vis-à-vis du mé-

décin qui a signé le certificat d'envoi dans un asile d'aliénés. Rien cependant ne sera moins juste, et un praticien qui aura été victime d'une telle mésaventure sera porté à se renfermer, à l'avenir, dans une abstention dont on peut prévoir les inconvénients.

En somme, Messieurs, les arguments que fait valoir M. Reinach en faveur d'une revision fondamentale de la loi du 30 juin 1838, peuvent être rangés sous deux chefs principaux :

1° *En principe*, le médecin ou la science aliéniste ne possède pas des données assez sûres pour préciser le diagnostic de la folie et décider, sans hésitation, s'il y a nécessité de procéder à la séquestration de tel ou tel individu, en sorte que *« la liberté individuelle est exposée au péril de diagnostics souvent erronés; parfois complaisants des hommes de l'art »*.

2° *En fait*, la loi du 30 juin 1838, en laissant au médecin le pouvoir de prononcer si, oui ou non, la mesure de séquestration est nécessaire, a ouvert la porte à de si scandaleux abus, qu'il suffit de citer, pour juger ladite loi, les exemples de séquestration arbitraire qui ont si profondément ému l'opinion publique.

Telles sont les principales raisons invoquées par M. J. Reinach !

Malgré toute l'estime qu'on doit avoir pour le talent de l'auteur de la proposition de loi, il me paraît impossible de laisser se produire, sans une protestation, de semblables allégations.

a) Pour ce qui est de la compétence et de la confiance qu'on doit reconnaître et accorder au médecin aliéniste, on va tout de suite être fixé. J'ai là, sous les yeux, le rapport de M. Reinach qui, après avoir bien voulu concéder que le médecin est, en général, un homme honnête et désintéressé, ajoute aussitôt : « Mais ce médecin n'est-il pas aussi un spécialiste ? Un spécialiste des « maladies de l'estomac ou de celles du cœur n'en « trouve-t-il pas souvent, pour ne pas dire presque « toujours, chez l'homme le mieux portant. »

Il nous est interdit de penser que M. J. Reinach, faisant œuvre de législateur, ait voulu, en écrivant ces lignes, rééditer une fois de plus l'une de ces phrases plaisantes qu'on émet volontiers sans y attacher d'ail-

leurs, en général, nne portée sérieuse. Pour être énoncé à pareille place, ce que nous dit l'auteur du projet de revision doit évidemment avoir toute la valeur d'une grave affirmation.

Ainsi, où d'autres voient nne garantie de plus, du fait qu'on s'adresse à un homme compétent en la matière, M. J. Reinach aperçoit un danger de plus. C'est à se demander pourquoi la justice songe à commettre, pour l'examen mental des prévenus suspectés de folie, des hommes qui ont consacré nne partie de leur existence à l'étude si difficile, si délicate des maladies cérébrales. Si l'honorable député a raison, le spécialiste est décidément de l'espèce des gens dangereux, et il faudrait bien se garder de le consulter.

Nous pensions, Messieurs, qu'un progrès très réel serait réalisé le jour où, sous l'impulsion de notre éminent doyen, M. le professeur Brouardel, l'enseignement de la médecine légale serait institué de façon à pouvoir former des médecins ayant, en la matière, des connaissances spéciales, des médecins-experts véritablement capables d'être pour la justice des auxiliaires compétents et précieux. Mais, d'après la théorie énoncée dans le projet de loi, on devrait s'inquiéter, au contraire, des connaissances trop spéciales de l'homme de l'art et ne point chercher à les développer, puisqu'il y aurait d'autant plus lieu de se défier de lui qu'il serait plus compétent.

Voilà donc pour le principe!

b) Voyons maintenant la question de *fait*, on, comme on dit aujourd'hui, le *document*.

Faisant allusion aux séquestrations arbitraires que la loi du 30 juin 1838 aurait rendues faciles, M. Reinach écrit : « Faut-il citer l'affaire Seillière, l'affaire Mouassterio, l'affaire Sandon? » Eh bien, je répondrai : Non, il ne faut pas les citer, car si vous voulez jnger la loi de 1838 par ses résultats et si vous n'avez que de tels exemples à donner des abus auxquels elle se serait prêtée, il faut renoncer à l'attaquer; il faut renoncer à la déclarer préjudiciable à la liberté individuelle là où, en réalité, aucune illégalité n'a été commise. En effet, des trois exemples cités, aucun n'est propre à montrer que la loi a favorisé l'erreur ou le crime. Suffit-il donc

quel'opinion publique, égarée par des assertions inexactes et fantaisistes, se soit émue, pour qu'on prenne texte de l'événement et qu'on le porte au passif d'une loi qui n'en doit pas être chargée, de l'avis de tous ceux qui sont en situation de connaître la réalité des faits !

Et, à ce propos, Messieurs, permettez-moi de vous rappeler ce que je déclarais, à cette tribune, il y a quatre ans, précisément à propos de l'une des trois affaires citées plus haut :

« Le cas qui nous occupe est donc ordinaire et simple,
 « au point de vue clinique. Des intérêts divers, contradic-
 « toires, des interprétations passionnées et illogiques
 « ont pu seuls le compliquer, le revêtir des apparences
 « les plus fâcheuses et le présenter comme un exemple
 « des abus auxquels se prêterait la loi de 1838. Dans
 « ce fait, je cherche en vain un motif plausible à
 « l'ardente campagne qu'une partie de la presse poli-
 « tique a entreprise contre de prétendus abus, contre
 « d'imaginaires violations de la liberté individuelle et
 « qu'elle se promet de poursuivre plus ardemment
 « encore lors de la discussion, à la Chambre des députés,
 « de la réforme de la loi actuellement en vigueur.

« Si l'on a quelque souci d'apporter contre la législa-
 « tion de 1838 des arguments valables et précis, il ne
 « faudra point songer, je tiens à le dire, et c'est sur cette
 « déclaration que je veux finir, à se servir, comme
 « d'une arme sérieuse, du cas au sujet duquel j'ai tenu
 « à vous présenter quelques explications qui n'étaient
 « pas superflues, afin de montrer cette affaire sous son
 « vrai jour. »

Malgré tout, cette affaire reparaît aujourd'hui avec l'interprétation que vous savez et c'est l'erreur qui tend à prédominer sur la vérité. Lorsqu'on voit cette erreur prendre droit d'asile dans un document soumis aux délibérations du Parlement, il est bien naturel qu'on s'émeuve. Je me suis demandé, Messieurs, en cette circonstance, s'il n'appartenait pas à la Société médico-psychologique, l'assemblée, à coup sûr, la plus autorisée qui soit pour juger sciemment de tels faits, de déclarer que rien ne corrobore l'interprétation que M. Reinach a donnée aux cas qu'il cite. Les éléments de jugement, les pièces authentiques sont entre nos mains et c'est d'après

des documents précis que nous sommes en droit de protester au nom de la vérité, au nom de la justice. Cette protestation ne convaincra peut-être pas certains esprits prévenus : elle pourra, en tous les cas, faire réfléchir ceux qui sont exempts de tout parti pris et les conduire à un examen plus approfondi dont le résultat ne peut être douteux.

En résumé, Messieurs, j'estime que la Société médico-psychologique interviendrait utilement, à l'heure présente, en votant un ordre du jour par lequel elle déclarerait, par exemple, que, éclairée par des documents précis et indiscutables, elle ne saurait admettre qu'on présente comme autant d'exemples de séquestrations arbitraires, auxquelles se prêterait la loi du 30 juin 1838, les affaires citées dans le projet de loi de M. J. Reinach. Il y aurait comme un corollaire à cette affirmation : c'est que la loi du 30 juin 1838, ainsi déchargée des imaginaires abus dont on l'a rendue responsable, doit être conservée au moins dans ses dispositions fondamentales qui répondent aux exigences que dictent l'humanité et l'intérêt de la sécurité publique.

La Société médico-psychologique s'associe aux idées émises par M. Paul Garnier et décide qu'une commission sera nommée, dans la prochaine séance, à l'effet de préparer un rapport sur sa proposition.

M. CHARPENTIER fait remarquer que, pour l'affaire Monasterio, on peut conserver des doutes sur la manière dont les faits se sont passés.

M. PAUL GARNIER répond que, s'il y a eu, dans cette affaire, des incidents tout à fait spéciaux qui l'ont compliquée, il n'en reste pas moins un point acquis, à savoir que la personne internée était réellement atteinte de troubles intellectuels et que son placement dans un asile se justifiait pleinement. La loi de 1838 n'a donc point servi, en ce cas, à faire séquestrer une personne jouissant de l'exercice de ses facultés mentales.

M. AUG. VOISIN appelle l'attention sur l'éclatante confirmation que, dans l'affaire Sandon, l'autopsie est venue donner aux conclusions des médecins, conclusions si ardemment attaquées pourtant.

M. BOUCHEREAU observe, conformément à ce que vient de faire remarquer M. Paul Garnier, que la Chambre des députés s'est déjà inquiétée de l'énorme quantité de jugements que les magistrats aient à rendre le jour où l'on substituera l'autorité judiciaire à l'autorité administrative pour le placement des aliénés.

La séance est levée à six heures.

PAUL GARNIER.

REVUE DES JOURNAUX DE MEDECINE

JOURNAUX AMÉRICAINS

American Journal of Insanity.

ANNÉE 1886.

I. — *Physiologie du cerveau; ses rapports avec les facultés mentales dans la santé et dans la maladie*; par le D^r H.-A. Buttolph, de Short Hills (numéros de janvier et avril). — Comment expliquer que, dans la plupart des états de folie, certaines facultés mentales restent saines, alors que les autres sont plus ou moins profondément altérées? Le D^r Buttolph estime que cela tient à ce que le cerveau n'est pas un seul organe, mais plutôt un composé d'organes ayant chacun son attribution différente. Il admet des localisations cérébrales, et en cela il est d'accord avec les auteurs qui ont contribué récemment à découvrir et à faire connaître ces localisations. Mais il se sépare d'eux, d'une manière assurément singulière, en soutenant que la vraie doctrine des localisations est celle de Gall et Spurzheim, dont le système phrénologique lui paraît expliquer mieux que tout autre les folies partielles, dans le cas où il y a simplement une altération isolée du centre de telle ou telle passion : ainsi, par exemple, l'altération du centre de la combativité produit la fureur maniaque, celle du centre de la prudence produit la crainte mélancolique. Il n'est pas besoin d'en dire davantage pour montrer à quel point les idées soutenues dans ce mémoire sont arriérées. Ce qui est remarquable, c'est de constater que la doctrine de Gall compte encore des adeptes.

II. — *Une visite à Gheel*; par le D^r Charles W. Pilgrim, d'Utica, New-York (numéro de janvier). — Cet article n'apprend rien qui ne soit bien connu. Le D^r Pilgrim, tout en constatant que le système de Gheel offre certains avantages, notamment au

point de vue économique, n'en est nullement partisan. « Je regrette, dit-il, de ne pouvoir parler favorablement de ce que j'ai vu. »

III. — *Mélancolie sénile*; par le D^r J. Harrington Doubt, de l'asile de Worcester, Angleterre (numéro de janvier). — Il est question ici, brièvement, d'une forme de maladie mentale avec agitation, qui n'est point l'apanage de la vieillesse proprement dite. Les individus qui en sont atteints sont plus vieux que leur âge; ils ont été épuisés par la misère et les privations, par de rudes labeurs; ordinairement aussi, ils présentent quelque maladie organique du cœur et des poumons. Ils tombent dans une dépression plus ou moins marquée, ou ils sont tourmentés par des idées délirantes mélancoliques, par des inquiétudes très-vives. Ils peuvent avoir conscience de leur état. Ils sont rarement curables; et aboutissent assez promptement à la démence. Ce qu'il leur faut, pour enrayer le mal, c'est un régime tonique, une bonne alimentation, du calme et un traitement approprié à leur maladie organique.

IV. — *Les progrès dans le traitement des aliénés*; par le D^r A.-M. Shew, de Middletown, Connecticut (numéro d'avril). — Il s'agit spécialement ici des progrès réalisés dans les asiles d'Amérique. Ces progrès sont incontestables, quoiqu'il reste beaucoup à faire. Mais on ne doit pas, en les constatant, perdre de vue qu'ils ont été indiqués depuis longtemps par les hommes éminents qui, de nos jours, ont mis la médecine mentale dans la voie où elle est. On n'a fait que perfectionner leur œuvre et appliquer leurs vues. Le traitement des aliénés est médical et moral. Au point de vue strictement médical, le progrès est faible, puisqu'on n'a pas encore trouvé de spécifique contre la folie. Mais on connaît mieux le régime qui convient aux aliénés et la manière dont il faut les diriger dans les asiles. Le D^r Shew insiste à ce sujet particulièrement sur les heureux résultats obtenus par la création d'écoles d'infirmiers; il vante les bons effets de l'exercice pour les malades agités; il montre que, grâce à un meilleur aménagement des asiles, la mortalité y a sensiblement diminué. D'un autre côté, pour ce qui est du traitement moral, on s'est bien trouvé de soumettre au travail régulier tous les malades qui en sont susceptibles; on a diminué, sinon aboli complètement l'usage de la contrainte mécanique, si abusivement employée jadis; on a multiplié dans les asiles les éléments de distraction; en certains points, on a tâché de faire perdre à l'asile son caractère de lieu de réclusion. Une particularité inté-

ressante, propre aux asiles d'Amérique, est la création de succursales agréablement situées, soit au bord de la mer, soit dans les montagnes, et où, pendant l'été, on envoie des malades, surtout des convalescents, chez qui le changement de milieu et le charme de la résidence hâtent les progrès de la guérison.

V. — *Paranoia*; par le D^r Henry M. Hurd, directeur de l'asile de Pontiac Michigan (numéro d'avril). — Sous le nom de *Paranoia*, le D^r Hurd décrit un état de maladie mentale où les conceptions délirantes systématisées, s'établissent d'emblée, différent en cela des autres états morbides analogues où l'organisation du délire ne se fait que d'une manière progressive. La *paranoia* n'aboutit pas nécessairement à la démence. Elle survient surtout chez des sujets prédisposés à la folie, chez des gens dont le cerveau est mal équilibré, notamment des hystériques, des extravagants, des hypocondriaques. Tout en disant que le délire est systématisé d'emblée, le D^r Hurd reconnaît cependant qu'il succède quelquefois à une période préparatoire où le malade est tourmenté par des impressions vagues, une inquiétude qu'il cherche à s'expliquer et d'où il tire les éléments de son délire. La *paranoia* existe tantôt avec des idées de persécution et des hallucinations correspondantes à ces idées, tantôt avec une sorte d'exaltation où les idées délirantes se rapportent soit à du mysticisme, soit à de l'érotisme. La forme mystique est la plus habituelle; et s'accompagne d'idées orgueilleuses corrélatives. Ici encore les hallucinations se manifestent avec intensité.

Dans la description du D^r Hurd, deux faits sont particulièrement à remarquer, c'est que le délire se systématise d'emblée, et que la maladie n'aboutit pas à la démence essentielle. Mais en dehors de ces deux faits, qui sont loin d'être absolus comme nous l'avons indiqué pour le premier, il faut reconnaître que la *paranoia* n'est point une forme morbide réellement spéciale et qu'elle doit établir quelque confusion au sujet d'états qui ressortissent soit au délire des persécutions essentiels, soit à diverses formes de lypémanie.

VI. — *Guérison de la folie chronique*; par le D^r P.-M. Wise, directeur de l'asile de Willard, New-York (numéro d'avril). — On admet, en général, que la folie qui dure depuis un temps assez prolongé, par exemple deux ou trois ans, est incurable. Cela est vrai dans la plupart des cas. Cependant il y a des faits assez nombreux où la guérison est survenue contrairement à toute attente, et qui commandent d'être réservé dans le pronostic.

tic de certains cas de folie, ceux notamment où l'on n'est pas sûr qu'il se soit produit des altérations organiques dans les centres nerveux. Le D^r Wise relate quatorze observations qui sont, à divers degrés, d'un réel intérêt. La principale lacune qu'elles présentent, c'est qu'elles ne permettent pas de savoir si les guérisons obtenues ont persisté longtemps. Cette constatation n'eut point été indifférente, surtout pour des malades dont la plupart étaient des héréditaires, ou qui, comme le sujet de la première observation, avaient subi plusieurs accès de folie. Souvent c'est un incident imprévu qui semble avoir été le point de départ d'un changement inespéré. Dans trois cas, le D^r Wise a vu la guérison se déclarer à la suite d'une fièvre typhoïde. Une fois, c'est une tentative de suicide avortée qui fut le point de départ d'une heureuse amélioration. Dans d'autres circonstances, les malades se trouvèrent bien d'un changement de séjour. C'est au bout de dix-sept ans de maladie que se produisit la guérison la plus tardive, dans les cas relatés ici. Il s'agissait d'une femme entachée d'hérédité morbide, qui avait été atteinte de lypémanie avec agitation, qui était arrivée à un état d'incohérence extrême et dont les facultés mentales semblaient profondément obliérées. Ces cas de guérison à longue échéance doivent encourager à prolonger un traitement, aussi longtemps qu'on n'a pas vu des signes absolus et certains d'incurabilité.

VII. — *Trois cas de folie traités par la trépanation*; par le D^r W.-B. Fletcher, directeur de l'asile d'Indiana (numéro d'avril). — Ces cas concernent des individus atteints, à proprement parler, de folie traumatique, chez qui le trouble mental avait été causé par une fracture avec enfoncement des os du crâne.

Dans le premier, il s'agit d'un homme qui, tombé d'un échafaudage, devint aliéné, atteint de manie avec impulsions suicides et homicides, et resta tel pendant six ans. On vit alors qu'il avait, à peu près au niveau de la région pariétale supérieure gauche, une dépression crânienne très appréciable. Dès le lendemain du jour où le trépan fut appliqué, cet homme allait beaucoup mieux. Six mois après, il était parfaitement guéri.

Le second cas est relatif à un individu qui, à la suite d'un coup sur la tête, tomba dans la lypémanie suicide. Il était aliéné depuis trois ans, lorsque, ayant constaté qu'il avait une dépression osseuse au point où il avait été blessé, on songea à lui appliquer le trépan. Trois jours après l'opération il allait beaucoup mieux, et, comme il le disait lui-même, il se trouvait

tout autre, et peu de temps après il put reprendre l'exercice de sa profession.

Le sujet du troisième cas était un homme qui paraissait absolument dément, stupide, on ne pouvait tirer de lui aucune parole, et il était constamment dans un état d'indifférence et de grande prostration. Peu de jours après l'opération, il se remettait à parler, disait quelques mots raisonnables. Puis on le vit reprendre ses habitudes d'ordre et d'activité, et bientôt il put se remettre au travail.

VIII. — *Rapports de la paralysie générale et de la folie syphilitique*; par le Dr Henry M. Hurd, directeur de l'asile de Pontiac, Michigan (numéro de juillet). — Dans ce mémoire, le Dr Hurd se montre tout disposé à admettre que la syphilis peut être une cause de paralysie générale; mais il reconnaît cependant qu'elle n'en est pas une cause fréquente, et il fait intervenir avant elle le surmenage, les excès de toute sorte, les fatigues professionnelles, notamment chez les militaires et les marins, la misère, le traumatisme, des accidents de diverses natures. Il admet une pseudo-paralysie générale syphilitique, ou syphilis cérébrale congestive, dans laquelle on observe tantôt des idées de grandeur, tantôt des tendances dépressives, de l'hésitation dans la marche, de l'inégalité papillaire, de l'embarras de la parole, enfin de la tendance à la démence, symptômes qui sont également ceux de la vraie paralysie générale. Mais la première différerait de la seconde en ce que les idées de grandeur y seraient moins persistantes, et qu'on y trouverait quelquefois des idées de crainte et de l'inquiétude. La syphilis, par les lésions cérébrales qu'elle détermine, peut donner lieu à une maladie mentale simple, manie, mélancolie ou démence. Les tumeurs syphilitiques donnent lieu à de la céphalalgie persistante; à des attaques épileptiformes, souvent unilatérales rarement à de l'hémiplégie, trouble qui, au contraire, est fréquent lorsqu'il s'agit de lésions syphilitiques artérielles. Dans un cas comme dans l'autre, on peut voir se développer du délire, notamment des idées de crainte, et souvent des hallucinations de la vue.

IX. — *L'éducation dans ses rapports avec la santé*; par le Dr Daniel Clark, directeur de l'asile de Toronto, Ontario (numéro de juillet). — Réquisitoire en règle contre le surmenage intellectuel, et contre la trop grande hâte à vouloir développer chez les enfants le travail cérébral. Le Dr Clark estime, et on peut dire qu'il a raison, qu'on doit se défier de la trop grande

précocité; le plus souvent, elle doit faire craindre l'affaiblissement ultérieur de l'esprit. L'enseignement comprend deux objets: l'un qui consiste à faire savoir ce qui doit être appris; l'autre qui a pour but d'habituer l'enfant à réfléchir et à concevoir des idées qui lui soient propres. Mais cela doit se faire avec modération et prudence, en considérant que le cerveau de l'enfant n'est pas encore formé, qu'il se développe, et qu'il a besoin d'être ménagé. Il ne faut pas forcer et fausser la machine. Le D^r Clark résume ses idées en matière d'éducation par une série de propositions, à savoir: Jusqu'à l'âge de six ans, ne donner à l'enfant que des leçons de choses; à partir de ce moment, jusqu'à l'âge de neuf ans, lui apprendre à lire et à écrire; de neuf à douze ans, faire intervenir les éléments d'arithmétique et de géographie; de douze à quinze, l'histoire, la grammaire, les notions plus complexes de calcul; après quinze ans, donner à l'un et à l'autre sexe le savoir professionnel; ne jamais faire travailler les enfants le soir, avant la quinzième année; jusqu'à neuf ans, n'imposer que trois heures de classe par jour, quatre jusqu'à douze ans, six jusqu'à quinze ans. Cette réglementation peut sembler à bon droit excessive, surtout avec les besoins de la société moderne; elle ne permet guère de comprendre comment il serait possible de donner l'enseignement classique, de faire faire des humanités à l'âge où il est nécessaire de les faire. Suivant le D^r Clark, les Grecs et les Romains ne donnaient pas à l'étude plus de temps ni plus de hâte que son programme ne le comporte: cependant ils ont eu parmi eux des esprits d'une haute valeur. Cela mérite d'être considéré; mais peut-on se soustraire aux nécessités de son temps?

X. — *Étude historique sur l'assistance des aliénés dans l'État de New-York*; par le D^r Stephen Smith, inspecteur général des aliénés pour l'État de New-York (numéro de juillet). — C'est un mémoire qu'il est assez difficile de résumer. L'auteur y insiste sur les grands avantages retirés de la création d'écoles d'infirmiers pour les asiles d'aliénés.

XI. — *Utilité du travail de la mémoire pour le traitement des aliénés*; par le D^r John W. Givens, premier adjoint de l'asile d'aliénés de Salem, Océgon (numéro de juillet). — Relation de deux cas où ces malades se trouvèrent fort bien d'avoir consacré leur temps à faire travailler leur mémoire, apprenant des pièces de prose ou de poésie. Le premier cas concerne une jeune femme de vingt-trois ans, atteinte de lypémanie avec idées de

culpabilité ; le second cas est relatif à une femme de cinquante ans, également lyptémanique, absorbée par des craintes de toute sorte et par des idées de suicide. Toutes deux guérirent.

XII. — *Les preuves de guérison de la folie* ; par le D^r Henry M. Hurd, directeur de l'asile de Pontiac (numéro d'octobre). — Pour déterminer qu'un aliéné est guéri, il ne s'agit pas simplement de constater qu'il est capable de vivre tranquillement chez lui, sous la garde de ses amis, d'écrire un testament, d'aller, même devant les tribunaux, rendre témoignage de ce qu'il a vu, de distinguer le bien du mal, de compter jusqu'à dix. Tout cela bien des aliénés sont capables de le faire. Pour pouvoir affirmer la guérison, le D^r Hurd exige des signes bien plus importants, savoir : que les sentiments affectifs et l'émotivité soient dans les conditions normales ; qu'il n'y ait plus ni idées délirantes, ni hallucinations, ni troubles intellectuels ou sensoriels d'aucune sorte ; que l'individu soit capable d'exercer de l'empire sur lui-même dans les difficultés ou les chagrins de la vie ; qu'il ait un jugement suffisamment droit, et qu'il ait assez de caractère pour assumer les charges et les responsabilités que sa situation sociale lui impose. En tout cela il faut, bien entendu, tenir compte des capacités naturelles ; on ne peut demander à l'intelligence ce qu'elle n'aurait pas le moyen de donner et il faut, à ce point de vue, considérer le caractère moral de chaque individu, son degré d'éducation et de culture mentale, ses aptitudes à penser ou à *ne pas penser*, ses tendances religieuses habituelles, tout l'ensemble de son être moral. Envisagées de la sorte, les guérisons vraies doivent être tenues pour bien rares. Cependant il faut convenir que souvent, sous ces divers rapports, il manque quelque chose aux aliénés réputés guéris ; ce qui permet, dans une bonne mesure, de comprendre la fréquence des rechutes. La solidité d'une guérison dépend d'ailleurs de la constitution mentale originelle de chaque individu, des tendances héréditaires, des degrés de rectitude intellectuelle, des habitudes de travail, de l'habileté à éviter les excès et le surmenage cérébral.

XIII. — *De l'uréthane* ; par le D^r J.-B. Andrews, directeur de l'asile d'aliénés de Buffalo (numéro d'octobre). — L'auteur a expérimenté l'uréthane sur lui-même ; il s'est procuré un sommeil très calme et léger. Il a employé le médicament dans une vingtaine de cas, chez des individus atteints de manie aiguë ou chronique, de mélancolie, de démence, et il en a obtenu de bons résultats. La dose habituellement prescrite était de

deux grammes environ, et par exception de trois ou quatre. Le D^r Andrews fait remarquer cependant que l'uréthane peut donner lieu à des vomissements.

XIV. — *Mélancolie aiguë résultant d'une constipation excessive*; par le D^r H.-A. Hutchinson, directeur de l'asile de Dixmont (numéro d'octobre). — Histoire d'une femme de quarante ans, profondément mélancolique, avec idées de suicide, détruisant ses vêtements, ne tenant que des propos décousus, et croyant être remplie de vermine. A son arrivée à l'asile, on l'examina avec soin, et l'on constata dans le rectum une sorte de tumeur. Comme cette femme était sujette à la constipation, on supposa que cette tumeur était formée de matières fécales. On ne parvint à vider l'intestin qu'avec l'emploi de la curette et à grand renfort de lavements. Moins d'un mois après ce traitement, la malade était bien rétablie.

ANNÉE 1887.

I. — *Hallucinations et illusions des aliénés*; par le D^r James D. Munson, directeur de l'asile de Traverse City, Michigan (numéro de janvier). — Bonne étude d'ensemble sur les phénomènes morbides des sens, mais qui ne présente rien de saillant. Sur 1,339 pensionnaires de son asile, le D^r Munson en a trouvé 381 qui ont des hallucinations ou des illusions. C'est une proportion assurément faible. Entre autres choses, il constate que les malades à illusions génitales sont ordinairement irritables, violents et destructeurs. Le pronostic des états d'aliénation mentale où on rencontre des troubles sensoriels est ordinairement défavorable; cependant, sur les 381 malades, 80 ont guéri.

II. — *Folie de la puberté*; par le D^r C.-B. Burr, de l'asile de Pontiac, Michigan (numéro de janvier). — Le distingué collaborateur des *Annales* présente ici une note substantielle sur la folie de la puberté, dont il distingue deux variétés différentes. Toutes deux se produisent à l'âge de la puberté. Dans l'une, le trouble général, qu'il s'agisse d'exaltation ou de dépression, est peu marqué, et tend promptement à disparaître. Dans l'autre variété, qui est la plus importante à considérer, et qui est plus véritablement la folie de la puberté, les troubles morbides sont nettement accentués. Généralement elle atteint des sujets sur qui pèsent des tares héréditaires, qui sont d'un tempérament nerveux et impressionnable. Avant que la maladie

ne soit confirmée, on voit chez les individus survenir des troubles affectifs, des tendances mauvaises. Il en est qui sont irritables, d'autres qui sont apathiques et indifférents. Quelques-uns se signalent par une sorte de cruauté particulière, qui trouve du plaisir à se satisfaire sur des animaux, sur des êtres inoffensifs. En général, on trouve peu d'hallucinations, de troubles sensoriels ou d'idées délirantes proprement dites chez les malades dont il s'agit. Les guérisons vraies et définitives sont rares ; on observe le plus souvent de simples rémissions, des intermittences plus ou moins longues. Le D^r Burr recommande bien de ne pas confondre la folie de la puberté avec les troubles intellectuels dus à l'onanisme, qui en diffèrent peu par leurs caractères extérieurs, mais qui sont bien plus curables.

III. — *Influence des habitudes sur la folie* ; par le D^r A.-B. Richardson, directeur de l'asile d'Athens, Ohio (numéro d'avril). — Considérant que les habitudes jouent un grand rôle dans la formation des individus sains d'esprit, et notamment dans l'éducation de l'enfance, le D^r Richardson estime qu'il peut en être de même avec les aliénés, et qu'on leur rend service en s'efforçant de régler leurs actes. A ce point de vue, rien n'est efficace comme les habitudes que le règlement impose dans un asile, et en s'y prenant d'une manière convenable, en y mettant de la persévérance, on peut arriver à donner de la tranquillité aux malades agités et perturbateurs ; on peut donner de la propreté aux malpropres et une meilleure tenue à ceux qui ont de la tendance à lacérer leurs vêtements ou à se déshabiller. Assurément, cela est possible dans un bon nombre de cas ; mais il y en a quelques-uns où les efforts les mieux combinés échouent complètement.

IV. — *Psycho-thérapeutique* ; par le D^r J. Leslie Tobey, de Boston (numéro d'avril). — Revue très rapide de tous les modes de traitement qui peuvent être utiles contre la folie : d'un côté, traitement purement somatique qui consiste à mettre le corps dans les meilleures conditions possibles, par l'exercice, le régime, la vie dans un bon air, par tout ce qui peut lui donner la vigueur et la force ; d'un autre côté, ce que l'auteur, par une extension un peu trop grande peut-être, de signification des mots, appelle traitement psychique, et qui comprend tous les moyens thérapeutiques capables d'agir directement sur le cerveau, en même temps que les influences morales essentielles. Deux choses, selon le D^r Tobey, ont une grande influence sur les aliénés, d'abord l'action personnelle du médecin, qui réussit

d'autant mieux qu'il sait mieux s'y prendre avec les malades ; puis la bonne tenue et l'aspect agréable des asiles.

V. — *Observation remarquable de perte subite de la mémoire* ; par le D^r F. Pritchard Davies, directeur de l'asile de Maidstone, Angleterre (numéro d'avril). — Il s'agit d'un individu admis à l'asile dans un état de grande agitation et de désordre extrême, qui avait complètement perdu la mémoire. Il ne pouvait dire qui il était, d'où il venait, quels étaient ses parents, et on fut longtemps avant de savoir à qui on avait affaire. Une observation patiente permit de se convaincre que ce n'était point une simulation. Il avait été arrêté par la police, et ne s'en était pas rendu compte ; il était du reste dans un état d'égarément complet. Il fut près de quatre mois avant de reprendre l'usage complet de sa mémoire. Cet homme n'avait pas eu d'attaques d'épilepsie connues ; était-ce néanmoins un vertigineux ? En tout cas, la persistance de son amnésie est vraiment remarquable.

V. — *Histoire psycho-médicale de Louis Riel* ; par le D^r Daniel Clark, directeur de l'asile de Toronto (numéro de juillet). — Louis Riel, l'agitateur canadien bien connu, était certainement un déséquilibré, qui, en plusieurs circonstances de sa vie, avait donné des signes d'aliénation mentale. Condamné à mort et exécuté, il fut certainement victime d'un jugement mal appliqué. Sa place aurait été dans un asile d'aliénés.

VI. — *La dipsomanie, la kleptomanie, la pyromanie sont-elles bien des formes de maladie mentale ?* par le D^r Orpheus Everts, directeur du sanitarium de Cincinnati, Ohio (numéro de juillet). — La conclusion est négative, et le D^r Everts établit que ce sont là simplement des manifestations symptomatiques.

VII. — *Crises gastriques et autres dans la paralysie générale* ; par le D^r Henry M. Hurd, directeur de l'asile de Pontiac, Michigan (numéro de juillet). — Les crises dont il s'agit sont analogues à celles qui se produisent dans l'ataxie locomotrice et qui se manifestent par de la céphalalgie, des vomissements, quelquefois de la diarrhée, ou bien qui affectent la vessie et les organes génito-urinaires. Le D^r Hurd rapporte deux observations. L'une concerne un malade qui, à plusieurs reprises et pendant plusieurs jours, eut des vomissements incoercibles que rien ne justifiait, ni dans son régime, ni dans l'état de ses voies digestives. Dans l'autre observation, le malade eut également plusieurs crises gastriques, mais il n'en eut qu'une seule de bien grave : un certain jour, il fut pris inopinément d'une

sorte de syncope, après laquelle on ne put rien lui faire avaler qu'à l'aide de la sonde œsophagienne introduite par le nez ; mais alors, après avoir éprouvé de vives douleurs à l'épigastre, il ne fut soulagé que par des vomissements de matières noirâtres ; il eut en même temps des selles de même couleur, très limpides, et sans odeur fécale. Chez d'autres malades, le D^r Hurd a vu des crises de même genre affecter spécialement la sécrétion salivaire ; il en a vu également se manifester du côté de la vessie et des organes génitaux. Il estime que, dans les cas de ce genre, l'explication des phénomènes observés tient à la concomitance de la paralysie générale et de lésions ataxiques.

VIII. — *Le système colonial pour les aliénés* ; par le D^r George G. Palmer, directeur de l'asile de Kalamakoo, Michigan (numéro d'octobre). — Le nombre des aliénés chroniques va toujours en croissant ; les asiles sont insuffisants pour les recevoir et n'ont pas d'ailleurs, pour un bon nombre d'entre eux, une utilité réelle. Pour remédier à ces déficiences, le D^r Palmer préconise le système colonial, entendu comme suit : des habitations distinctes, placées en dehors de l'asile principal, mais dépendant de lui et entourées d'un domaine de culture ; là, des aliénés capables de se livrer aux divers travaux de la culture ou à d'autres occupations. Ce système offre des avantages divers : il donne, tout aussi bien que l'asile, le moyen de poursuivre le traitement des malades ; il permet une meilleure répartition des diverses catégories d'aliénés ; il est facile à établir, en moins de temps qu'un grand asile ; en occupant les malades, il contribue à les améliorer ; enfin, il est sensiblement plus économique que tout autre système. Ajoutons, d'après des renseignements fournis par le D^r C.-B. Burr aux lecteurs des *Annales*, que l'expérience faite de ces sortes de colonies continue à donner de très bons résultats.

IX. — *De l'assistance des aliénés chroniques* ; par le D^r P. M. Wise, directeur de l'asile de Willard, New-York (numéro d'octobre). — Les aliénés chroniques doivent être hospitalisés et traités dans des asiles qui leur soient spécialement destinés, en dehors des malades qui sont encore à la période d'acuité de la folie. L'expérience faite à ce sujet par la création de l'asile de Willard dans l'État de New-York, a donné de bons résultats à tous les points de vue, même sous le rapport économique, en permettant de faire une installation moins complexe que celle des autres asiles. Mais le D^r Wise n'est point exclusif, et pour

les aliénés chroniques il admet que le système colonial proprement dit et l'hospitalisation dans les familles peuvent donner de bons résultats. Il croit cependant que celle-ci n'offre pas d'avantages économiques réels, car elle prive les asiles des aliénés les plus industrieux, de ceux qui lui seraient utiles, et il préfère le système de l'État de New-York.

X. — *Réforme du personnel d'infirmiers pour aliénés* ; par le D^r Edward Cowles, directeur de l'asile Mac Lean, Massachusetts (numéro d'octobre). — Les écoles d'infirmiers ont donné d'excellents résultats. Non seulement elles ont produit des infirmiers et des infirmières pour les asiles, mais encore elles ont donné une éducation professionnelle à un grand nombre de personnes qui peuvent rendre des services partout où on en a besoin, et qui commencent à être fort recherchées.

XI. — *Répartition et assistance des aliénés aux États-Unis* ; par le D^r Judson B. Andrews, directeur de l'asile de Buffalo, New-York (numéro d'octobre). — Discours prononcé par le D^r Andrews devant la section de médecine mentale, dont il était président, au Congrès international de Washington. Le régime des aliénés aux États-Unis y est passé sommairement en revue, en prenant pour base, dans les questions de chiffres, les recensements de 1880. Il y avait alors 121 asiles, renfermant 61,411 aliénés, confiés aux soins de 377 médecins. La proportion des aliénés par rapport à la population saine variait suivant les diverses régions : 1 pour 359 habitants dans la région du nord-est ; 1 pour 1,263 au nord-ouest ; 1 pour 610 au sud-est ; enfin 1 pour 935 à l'extrême-sud. C'est donc dans les nouveaux territoires de l'ouest, là où cependant il y avait le plus d'aventuriers et là où la vie était le plus difficile, que l'on avait le moins d'aliénés. Les détails donnés sur le mode de construction des asiles, sur le traitement des malades, sur les progrès réalisés dans le soin et l'assistance des aliénés aux États-Unis ne sont pas susceptibles d'être analysés brièvement.

XII. — *Huit cas de trépanation dans la folie traumatique* ; par le D^r W.-B. Fletcher, directeur de l'asile d'Indianapolis (numéro d'octobre). — La folie d'origine traumatique ne peut être mise en doute ; elle survient par le fait de chocs ou de coups sur la tête, et quelquefois ne se développe que plusieurs années après l'accident. D'après ses observations, le D^r Fletcher estime que, dans tous les cas de folie traumatique, il y a tout d'abord, au moment même de l'accident, une période

d'inconscience qui dure quelques jours ou quelques semaines ; puis, après des années, on voit survenir soit de l'épilepsie avec folie, soit de l'insanité seule. Les malades qui font l'objet des huit observations rapportées ici présentaient des états morbides divers, tendances suicides ou homicides, mélancolie, obtusion intellectuelle, accidents épileptiques ; en général, c'est la lypémanie qui prédominait. Tous, ayant reçu des coups à la tête, avaient une dépression osseuse à l'endroit de la blessure. La trépanation fit reconnaître que, dans tous les cas, la dure-mère adhéra intimement au crâne. Six individus sur les huit furent plus ou moins complètement améliorés et guéris par l'opération.

ANNÉE 1888.

I. *La syphilis dans ses rapports avec la folie* ; par le D^r George H. Savage, directeur de l'asile royal de Bethlem, Londres (numéro de janvier).

II. *Idiotie et imbécillité dues à la syphilis héréditaire* ; par le D^r G. E. Shuttleworth, médecin en chef de l'asile royal de Lancastre, Angleterre (numéro de janvier).

III. *Faits d'idiotie et d'imbécillité, dues à la syphilis héréditaire* ; par le D^r Fletcher Beech, médecin en chef de l'asile de Darenth, Angleterre.

IV. *Cas de folie associée à la syphilis aiguë* ; par le D^r Wigglesworth, de l'asile de Rainkill, Angleterre (numéro de janvier).

Les idées développées dans ces quatre mémoires ont été indiquées et analysées dans notre revue critique, *Syphilis et folie*, publiée dans les *Annales*, 1888, deuxième semestre.

V. *Classification des maladies mentales* ; par le D^r H. P. Stearns, directeur de la Maison de Santé de Hartford, Connecticut (numéro de janvier). — Les bases de la classification proposée par le D^r Stearns sont bien peu régulières. Elles pèchent par défaut d'uniformité. On trouve, en effet, d'un côté des maladies groupées d'après les manifestations symptomatiques, manie, mélancolie, folie circulaire, démence ; et de l'autre côté, soi-disant réunies d'après leur étiologie, des maladies de toute sorte, les folies toxiques non loin de la paralysie générale, de la folie traumatique, des folies constitutionnelles.

VI. *Classification internationale des maladies mentales* ; par le D^r Walter Channing, de Brookline, Massachusetts (numéro

de janvier). — L'auteur examine tous les modes de classification proposés, trouve que tous ont des défauts, des lacunes, et adopte finalement, comme étant le plus simple, celui de Wille, de Bâle, dont voici les divisions :

- a. Psychoses congénitales : imbécillité, idiotie.
- b. Psychoses simples.
- c. Psychoses organiques : paralysie générale; démence sénile; folies dues à d'autres lésions organiques.
- d. Psychoses épileptiques.
- e. Psychoses toxiques.

VII. *Race et folie*; par les D^{rs} H. M. Bannister et Ludwig Hektoen, médecins adjoints de l'asile de Kankakee, Illinois (numéro d'avril). — L'asile de Kankakee reçoit des aliénés de toute origine; les auteurs de ce mémoire ont donc eu l'idée de rechercher dans quelle mesure la race pouvait influer sur le genre de folie et ils sont arrivés à des conclusions dont voici les principales :

Pour ce qui concerne la race blanche, les formes dépressives de maladies mentales sont plus communes chez les individus d'origine germanique ou scandinave, que chez ceux qui sont d'origine celtique; c'est le contraire pour les formes maniaques.

La paralysie générale se présente dans toutes les races, et ne dépend que de causes qui peuvent agir également sur les unes et sur les autres.

La folie est plus commune chez les individus de nationalité étrangère que chez les indigènes américains. Cela ne tient pas essentiellement à ce que les immigrants soient des individus mal équilibrés dès avant leur immigration. Mais il faut l'attribuer surtout aux difficultés de toute sorte que ces individus rencontrent devant eux, aux désappointements, à la nostalgie qui les envahit, à la misère et aux luttes de toute sorte qu'ils sont obligés de subir.

VIII. — *Le délire religieux des aliénés*; par le D^r Henry M. Hurd (numéro d'avril). — Le sentiment religieux, naturel à l'homme, est basé sur deux éléments principaux, l'espérance et la crainte; ce sont ces mêmes éléments qui, dénaturés, se retrouvent à divers degrés dans les idées délirantes religieuses des aliénés. L'espérance est souvent transformée en orgueil ou en une conception très haute de la personnalité intime. C'est ainsi que des aliénés se croient Dieu. Il en est peu qui se croient Lucifer ou Démon.

On trouve le délire religieux dans divers états de folie, où il se présente sous des aspects divers. Dans la folie de la puberté, il se manifeste par des scrupules exagérés ou par un zèle immodéré dans l'accomplissement des devoirs de piété. Dans la folie due à l'onanisme, il y a des scrupules dont la présence est en contradiction avec la persistance des habitudes vicieuses; mais quelquefois les malades conçoivent des idées tout autres; ils se croient des êtres éminemment moraux, supérieurs à leur entourage. Dans la forme morbide que le D^r Hurd appelle paranoïa, et qui est une des manifestations du délire systématisé avec hallucinations, certains malades se livrent à des pratiques de dévotion fort exagérées; un bon nombre sont tourmentés de scrupules, d'inquiétudes; ils se croient le jouet de quelque divinité malfaisante; cette idée de persécution les amène souvent à se regarder comme des êtres supérieurs, marqués au cachet de la divinité. Le délire religieux est rare dans la folie épileptique, ainsi que dans la démence. On le trouve quelquefois dans la paralysie générale; mais il y est instable. Les mélancoliques sont souvent obsédés par l'idée de péché; ils se croient indignes du ciel, destinés à être bannis de la présence de Dieu. Dans la manie chronique, les idées délirantes religieuses sont souvent extravagantes; ces malades se croient tout-puissants, et se donnent les attributs divins. Il en est de même quelquefois dans la folie alcoolique.

IX. — *Cas de paralysie générale probablement d'origine traumatique*; par le D^r E.-A. Christian, médecin-adjoint de l'asile de Pontiac, Michigan (numéro d'avril). — Le sujet de l'observation s'était violemment frappé la tête contre une pierre en tombant. Il fut tout à fait inconscient à la suite de l'accident. Trois jours après, il fut pris d'agitation légère et tint des propos incohérents. Plus tard, il présenta des phénomènes d'ataxie; il ressentait à l'occiput des douleurs assez vives. Au bout de quatre mois, comme il était devenu tout à fait délirant, on dut le faire admettre à l'asile de Pontiac. Il avait des idées extravagantes ambitieuses; sa parole était embarrassée, sa démarche chancelante. On crut d'abord qu'il allait s'améliorer. Mais il eut, au bout d'un mois, une attaque congestive, à laquelle il succomba rapidement. A l'autopsie, on trouva, entre autres, des exsudats assez abondants autour des vaisseaux de la pie-mère.

X. — *Trois cas de folie guérie après une longue durée*; par le D^r J.-A. Campbell, directeur de l'asile de Carlisle, Angle-

terre (numéro de juillet). — A. Le premier cas concerne une femme admise à l'asile à l'âge de trente-cinq ans. Elle était alors, disait-on, aliénée depuis sept ans. C'était une intermittente, qui avait, à des époques irrégulières, des accès d'agitation maniaque violente, où elle était extrêmement difficile à contenir, et où elle se signalait par ses violences, ses propos grossiers et son irritabilité. Pendant les treize premières années de son internement, elle fut sujette aux mêmes crises d'agitation. Pendant les trois années suivantes, elle n'eut aucun accès, et, la considérant guérie, on la rendit à sa famille. Elle avait donc été environ vingt ans malade.

B. Une femme, admise à l'asile à l'âge de trente-trois ans, entachée d'hérédité morbide; elle était maniaque agitée, bavarde, et se vantait de méfaits qu'elle n'avait pas commis. Pendant quinze ans de séjour à l'asile, elle fut toujours la même; mais ensuite elle se calma, consentit à se mettre au travail, enfin, après trois années d'épreuves, on put la considérer comme guérie et lui rendre la liberté.

C. Troisième femme, admise à l'asile à l'âge de cinquante et un an, hallucinée, ayant des idées de suicide, se croyant poursuivie par un individu qu'elle désignait, très prompte à s'exciter. Pendant treize ans, elle ne présenta aucun changement; mais, à partir de cette époque, elle eut une amélioration rapide et durable, à la suite de laquelle elle rentra chez elle.

XI. — *Le tact dans le traitement des aliénés*; par le Dr A. B. Richardson, directeur de l'asile d'Athens, Ohio (numéro de juillet). — Pour bien soigner les aliénés, il faut tenir compte non seulement de leur maladie mais de leurs habitudes, de leur éducation, de leur état social; il faut savoir adapter à leur condition le milieu dans lequel ils doivent être soignés; il faut s'adresser à eux d'une manière appropriée à leur intelligence; enfin, il faut savoir garder avec eux une dignité complète.

XII. — *La paranoïa dans ses rapports avec les hallucinations de l'ouïe*; par le Dr Théo W. Fisher, directeur de l'asile de Boston (numéro de juillet). — Pour le Dr Fisher, le mot *paranoïa* remplace avec avantage le terme *monomanie*, et signifie la même chose. Dans cette forme de folie, il y a toujours concomitance d'hallucinations et d'idées délirantes, associées les unes aux autres, et les hallucinations y sont le facteur essentiel du délire. Celui-ci est le plus souvent constitué par des idées de persécution, et les malades sont très portés à la violence; ils fournissent un large contingent aux faits de suicide ou d'ho-

micide dans lesquelles intervient légalement la question d'aliénation mentale.

XIII. — *Quelques causes rares d'imbécillité*; par le Dr Fletcher Beach, directeur de l'asile de Darenth, Angleterre (numéro de juillet). — Les causes habituelles de l'imbécillité sont, chez les parents, l'intempérance, la folie, l'épilepsie, la paralysie, la phtisie. Parmi les causes rares, l'auteur indique surtout la syphilis, la consanguinité, le tempérament nerveux, les névralgies chroniques, la surdi-mutité. Ces trois dernières causes sont vraiment exceptionnelles et produisent l'imbécillité par une sorte de transformation de l'influence héréditaire. La consanguinité semble, dans certains cas, avoir une action certaine. Quant à la syphilis, elle produit l'imbécillité par le fait des altérations cérébrales auxquelles elle donne lieu.

Comme conclusion, le Dr Richardson pose en principe que :

Dans la production de l'imbécillité il entre généralement en cause deux facteurs ou plus ;

Parmi les imbéciles des asiles, on en trouve un grand nombre sur qui pèsent des tares héréditaires ;

Pour diminuer le nombre des imbéciles, principalement dans les classes pauvres, il faut s'efforcer d'agir sur l'état physique des individus et d'améliorer aussi le moral de ceux qui sont destinés à avoir des enfants.

XIV. — *Folies produites et folies guéries par le traumatisme*; par le Dr Selden H. Talcott, directeur de l'asile de Middletown, New-York (numéro de juillet). — Le traumatisme peut être cause d'aliénation mentale ; il peut aussi être le point de départ de guérison de la folie. Quatre observations, presque sans commentaires, et qui peuvent du reste s'en passer, sont présentées ici par le Dr Talcott.

Les deux premières appartiennent à un ordre de faits dont il a été déjà publié un certain nombre. Dans l'une, il s'agit d'un individu qui, tombé d'une hauteur de huit à neuf mètres, et s'étant violemment frappé la tête, perdit connaissance pendant quelques instants, puis resta avec un peu d'aphasie et d'hébétéude ; un mois plus tard, il était pris d'agitation maniaque et montrait contre sa mère une violente surexcitation ; on fut obligé de l'interner. L'aphasie fut la première à s'améliorer, et le reste guérit peu à peu : la crise avait duré près de quatre mois. L'autre observation concerne une femme qui avait reçu sur la tête une pierre tombée d'un bâtiment en construction. Le choc avait produit un léger enfoncement du crâne et l'on s'était

hâté d'appliquer une couronne de trépan. La malade avait perdu conscience au moment de l'accident; mais au bout de quelques jours, elle parut guérie. Cependant, dix-neuf ans plus tard, elle fut subitement prise d'agitation maniaque sans cause apparente. On examina le crâne; on constata qu'il restait un enfoncement de la boîte osseuse et l'on trépana de nouveau. Néanmoins l'agitation continua pendant près de huit mois, et atteignit par moment des paroxysmes de grande violence et de tendances destructives et désordonnées. La malade guérit.

Les deux autres observations sont relativement bien plus rares, et intéressantes. La première concerne un individu qui fut admis à l'asile de Middletown à l'âge de vingt-quatre ans; c'était alors la septième fois qu'il était atteint de manie aiguë, et il avait été en neuf ans interné six autres fois dans divers asiles. Deux jours après cette nouvelle admission, il voulut, au milieu de son agitation, faire un saut périlleux; l'appui dont il se servait se brisa et il tomba lourdement sur la tête. Presque aussitôt il perdit connaissance; il avait une insensibilité générale, et les pupilles restaient insensibles à la lumière. La conscience revint peu à peu et le reste se remit insensiblement en bon état. Trois jours après l'accident, le malade était sur pied, n'ayant plus trace de son agitation maniaque. Il resta de son plein gré à l'asile pendant près de deux mois. Trois ans plus tard, on sut qu'il n'avait encore éprouvé aucune rechute. La dernière observation est relative à un homme âgé de trente-huit ans, qui s'était livré à toutes sortes d'excès, il était atteint d'un délire de persécution survenu assez rapidement et que l'on peut supposer être d'origine alcoolique, parce que le malade se voyait entouré d'ennemis. Il était à l'asile depuis deux mois lorsqu'un jour un autre malade le frappa violemment sur la tête avec une barre de fer. Au moment où il fut frappé, on lui dit en riant que peut-être l'accident lui ferait passer ses idées déraisonnables. Il répondit : « C'est bien possible. » Et effectivement, après une nuit d'un bon sommeil, il se réveilla l'esprit absolument libre, et sa guérison se confirma de plus en plus.

XV. — *Imbécillité et folie*; par le D^r Henri M. Hurd, directeur de l'asile de Pontiac (numéro d'octobre). — Il y a bien des degrés dans l'imbécillité. Certains imbéciles n'ont pas de folie à proprement parler. Parmi ceux qui en ont, on peut distinguer les catégories suivantes :

A. Imbéciles disposés à l'irritabilité et aux actes impulsifs,

mais sans idées délirantes ni troubles sensoriels; strictement ce ne sont pas de vrais aliénés.

B. Imbéciles qui ont des accès de manie ou de lypémanie, avec ou sans hallucinations et idées délirantes. Quelques-uns ont de la folie circulaire.

C. Imbéciles atteints de folie morale, qui ont des instincts très pervers et qui ne comprennent pas leur perversité. Ils sont susceptibles de verser dans la démence.

XVI. — *De l'utilité pour les médecins en général de mieux connaître la folie*; par le Dr Charles G. Hill, de Baltimore (numéro d'octobre). — Cette utilité se constaterait en bien des circonstances. Elle permettrait à tous les médecins d'intervenir avec plus d'autorité qu'ils n'en ont dans les affaires médico-légales qui concernent la folie. Elle les empêcherait de considérer comme sains d'esprit des gens qui sont aliénés. Elle les mettrait en garde contre certaines apparences de santé d'esprit qui masquent une folie réelle. Souvent elle ferait, au profit des malades, hâter l'internement dans un asile. Elle se manifesterait encore dans bien d'autres circonstances.

XVII. — *La paralaldéhyde*; par le Dr J.-M. Keniston, de Middletown (numéro d'octobre). — La paralaldéhyde n'est pas plus que les autres médicaments, une panacée, de même elle ne possède pas toutes les qualités d'un bon hypnotique. Cependant elle peut rendre quelques services. Ses principaux inconvénients sont : d'avoir mauvais goût et d'être nauséuse; d'être d'un prix trop élevé; de n'agir qu'à haute dose; de déterminer parfois de la paralysie vaso-motrice. Ses principaux avantages : d'agir rapidement et en toute sécurité; de procurer un bon sommeil et de ne point laisser ensuite de perturbation soit du côté cérébral, soit du côté des voies digestives.

XVIII. — *La folie dans ses rapports avec les organes sexuels*; par le Dr A. Campbell Clark, directeur de l'asile de Bothwell, Écosse (numéro d'octobre). — Cet article est une sorte de sommaire plutôt qu'une étude véritable. L'auteur y indique en substance que les rapports de la folie avec les organes de la reproduction sont incertains et mal connus. La puberté coïncide souvent avec le début de la folie; mais son action, si marquée qu'elle puisse être, presque toujours est combinée à celle du nervosisme ou de la chloro-anémie. L'aménorrhée peut précéder aussi bien que suivre l'explosion d'une maladie mentale, et l'on voit la ménopause aboutir à la folie, comme aussi marquer le point de départ de quelques guérisons de folie déjà

ancienne, sans que les rapports de ces différents états avec la disposition morbide soient plus faciles à déterminer que ceux de la puberté. Mêmes observations à faire pour l'onanisme, la parturition, l'accouchement, les suites de couches et l'allaitement. En tous cas, alors même que la folie serait certainement due à l'une ou à l'autre des causes susindiquées, elle ne revêtirait pas une forme spéciale.

ANNÉE 1889.

I. — *Notes sur quelques faits d'insomnie*; par le D^r Edward N. Brush, premier adjoint de l'asile d'aliénés de Philadelphie (numéro de janvier). — Il y a des cas d'insomnie où aucun des agents hypnotiques les meilleurs, chloral, bromures, hyosciamine, sulfonal, ne donne de bons résultats. Le D^r Brush a prescrit avec succès, dans des cas de ce genre, des affusions chaudes, très courtes, l'ingestion de boissons chaudes, une alimentation suffisamment réconfortante, et en a obtenu de bons résultats. Les observations qu'il rapporte sont relatives à des malades hypocondriaques ou neurasthéniques. Elles ne sont cependant pas assez nombreuses pour permettre quelque généralisation et pour faire bien spécifier les conditions dans lesquelles il convient de recourir de prime-abord aux moyens indiqués.

II. — *Affaire Barber. — Responsabilité légale des épileptiques*; par le D^r P.-M. Wise, directeur-médecin de l'asile de Willard, New-York (numéro de janvier). — En France, il n'est plus douteux pour personne qu'un épileptique est irresponsable lorsqu'il commet un crime pendant la phase d'inconscience qui est propre à certains états d'épilepsie. Aux États-Unis, l'opinion n'est pas encore éclairée à cet égard. Barber était un épileptique qui, sans motif aucun, commit un meurtre dont il parut n'avoir évidemment pas conscience. Devant le jury, son défenseur argua de son irresponsabilité, en faveur de laquelle huit médecins d'asile d'aliénés se prononcèrent d'une manière formelle. Des médecins non aliénistes furent d'une opinion contraire; leur opinion prévalut et Barber fut condamné à mort. Le D^r Wise protesta contre ce verdict et expose les raisons scientifiques en vertu desquelles les épileptiques sont en certains cas tout à fait irresponsables de leurs actes.

III. — *Des conditions qui, dans les asiles d'aliénés, assurent l'efficacité du traitement des maladies mentales*; par le D^r J.-B.

Bancroft, de New-Hampshire (numéro de janvier). — Du moment où l'on doit conserver les grands asiles d'aliénés, le D^r Bancroft estime que les malades doivent y être divisés en un nombre de sections aussi grand qu'il est nécessaire, afin de ne point avoir à mêler les curables aux incurables, les malpropres à ceux qui ont bonne tenue, les calmes aux agités, les silencieux à ceux qui sont turbulents et bavards. Il estime encore qu'on ne doit mettre ensemble que peu d'individus; qu'il faut par conséquent éviter le trop d'uniformité si habituel, et qu'on doit établir au contraire le plus de diversité possible.

IV. — *De la dissolution des fonctions du système nerveux dans la folie. Indication d'une nouvelle base de classification;* par le D^r J. Macpherson, premier adjoint de l'asile royal d'Edimbourg (numéro de janvier). — Les fonctions du système nerveux, ou, pour mieux dire, de l'esprit, sont l'intelligence, l'émotivité, la volonté. Elles sont plus ou moins annihilées dans les maladies mentales, et c'est sur leur disparition ou dissolution que le D^r Macpherson voudrait baser une classification des maladies mentales. A la perte des facultés émotives se rattacheraient les états de manie ou de mélancolie simples; à la perte de l'intelligence, les états morbides où il y a du délire organisé; enfin, à la perte de la volonté, les états impulsifs et ce qu'on nomme la folie morale. Point n'est besoin d'indiquer les défauts et l'insuffisance d'un tel mode de classification.

V. — *Appareil électrique pour ouvrir les portes dans les asiles d'aliénés;* par le D^r M. J. White, directeur de l'asile de Milwaukee (numéro d'avril). — Les chambres et les dortoirs des malades sont généralement fermés à clef dans les asiles d'aliénés. En cas d'incendie, ou en cas d'un autre événement du même genre, il pourrait se faire que les surveillants troublés, perdant la tête, ne puissent pas ouvrir les portes et que les malades soient ainsi exposés à être brûlés. Quelques malades, conscients d'eux-mêmes, comprennent parfois que ce malheur pourrait leur arriver et ils en conçoivent une inquiétude fort préjudiciable à leur bien-être ou à leur guérison. Pour remédier à ces dangers, le D^r White propose de faire ouvrir toutes les portes à l'aide d'appareils électriques qui, le cas échéant, pourraient fonctionner simultanément et laisser aux malades la facilité de s'enfuir.

VI. — *Observation clinique sur l'usage du sulfonal dans la folie;* par le D^r W.-M. Mabon, médecin-adjoint de l'asile d'Utica (numéro d'avril). — Ces observations ont été faites

sur dix-huit aliénés atteints de manie aiguë ou chronique, de mélancolie, de folie circulaire ou de démence. Pour cent quatorze nuits, le sulfonal a été administré vingt-six fois à la dose de 1 gramme environ; quatre-vingt-une fois à la dose de 2 grammes; neuf fois à 3 grammes et trois fois à 4 grammes. Dans quatre-vingt-trois nuits, il y a eu six heures et plus de sommeil, et dans vingt nuits de trois à six heures et dans les autres moins. Dans quatre-vingt-dix-sept nuits, le sommeil a été naturel et calme. En moyenne, il fallait une heure un quart pour arriver à l'effet hypnotique. Dans trois ou quatre cas seulement, il y a eu, après le réveil, une somnolence marquée. Comme avantages, suivant le D^r Mabon, le sulfonal aurait de ne pas troubler la digestion ni les fonctions de sécrétion, de circulation et de respiration; il est facile à administrer parce qu'il est insipide et inodore.

VII. — *Folie et goitre exophtalmique*; par le D^r C. K. Clarke, directeur de l'asile de Kingston (numéro d'avril). — Deux observations; dans l'une, il s'agit d'une femme de trente ans, qui était depuis plusieurs années atteinte de goitre exophtalmique lorsqu'elle commença à devenir très irritable et très impressionnable; puis elle eut une atteinte de manie aiguë, très violente, avec idées délirantes; elle ne tarda pas à mourir. Le D^r Clarke attribue la folie au goitre. Dans l'autre observation, il est question d'un individu qui était aliéné depuis une vingtaine d'années, lorsqu'il fut atteint de goitre exophtalmique.

VIII. — *Cas de paralysie générale ayant duré quatorze ans*; par les D^{rs} Warthon Sinkler et Edward N. Brush, de Philadelphie (numéro d'avril). — Homme de trente-huit ans, issu de famille d'aliénés et ayant des antécédents syphilitiques. Il avait commencé par avoir quelques idées extravagantes sur son habileté à gagner de l'argent, ce qui ne l'avait pas empêché de faire de mauvaises affaires. Puis il était devenu irritable. Un jour il fut pris de douleurs très vives à l'œil droit et dans la région, et eut de la diplopie. Le traitement syphilitique donna de l'amélioration. Deux ans plus tard, survinrent des convulsions épileptiformes, et en même temps de l'exaltation et des idées délirantes où le malade témoignait une grande confiance dans ses capacités. Plus tard, il y eut de l'aphasie, prononcée surtout dans les périodes d'excitation. Finalement, il fallut interner le malade. Le diagnostic fit penser tout d'abord à de la syphilis, à une gomme cérébrale. Mais à l'autopsie, on trouva uniquement les lésions propres à la paralysie générale.

IX. — *Du délire*; par le D^r W.-L. Worcester, médecin-adjoint de l'asile d'Arkansas (numéro de juillet). — Quelques auteurs sont portés à admettre qu'il n'y a qu'une seule espèce de délire, et cependant celui qu'on observe dans les maladies mentales est bien différent de celui qui survient dans les pyrexies. Dans ce dernier il y a presque toujours des troubles sensoriels du côté de l'ouïe ou de la vue, dont le malade se rend compte lui-même lorsqu'ils sont à leur début. Mais avec les progrès du délire, il y a perte de la conscience et le malade devient absolument le jouet des conceptions gaies ou tristes que lui suggère le délire. Le délire, dans ce cas, est absolument analogue au rêve, et comprend deux éléments essentiels, le trouble sensoriel et l'égarément intellectuel. Le délire des maladies mentales peut présenter des caractères analogues; mais ils ne sont pas combinés de la même manière sauf, peut-être, dans cette forme morbide qu'on appelle le délire aigu. Le diagnostic est aisé à établir pour la manie, la mélancolie, la paralysie générale, et certaines formes de délire épileptique.

X. — *Les récents hypnotiques*; par le D^r Henry M. Wetherhill, médecin-adjoint de l'asile de Philadelphie (numéro de juillet). — Étude sur les hypnotiques les plus récemment introduits dans la pratique :

1° L'hyosciamine et ses sulfates : agent infidèle, qui ne réussit guère que dans les cas où il y a excitation motrice, notamment chez les maniaques; mais elle doit être employée avec prudence, parce qu'elle tend à déprimer trop fortement les mouvements du cœur.

2° L'hyoscine, bromhydrate et chlorhydrate, supérieure à l'hyosciamine, agit efficacement dans des états très divers, notamment pour combattre l'excitation dans la paralysie générale, le délire épileptique, l'alcoolisme et le morphinisme. Elle fait rapidement sentir ses effets à très petite dose.

3° La paralaldéhyde, d'un emploi analogue à celui du chloral, mais qu'il y a moins d'inconvénient à administrer d'une manière prolongée; elle est très utile dans le délire alcoolique.

4° L'uréthane ne donne le sommeil qu'à la dose de 2 grammes environ, mais alors elle cause des nausées, fait perdre l'appétit, et donne lieu à de la céphalée frontale persistante.

5° Le sulfonal, le meilleur des agents dont il vient d'être question. Entre les mains du D^r Wetherhill, n'a guère donné que 5 p. 100 d'insuccès.

L'auteur signale pour mémoire, plusieurs autres hypnotiques,

notamment l'hypnone, la spartéine, le méthylal qui presque toujours sont restés sans efficacité dans les cas où il les a employés.

XI. — *Les ivrognes à l'asile d'aliénés de Dauvers*; par le Dr E. P. Elliot, médecin-adjoint de l'asile (numéro de juillet). — Une loi de l'état de Massachussets permet, depuis 1885, d'admettre à l'asile d'aliénés de cet État les individus qui, sans avoir de maladie mentale proprement dite, sont habituellement adonnés à l'ivrognerie, à condition toutefois que ce ne soient ni des délinquants, ni des gens tarés et de mauvaise réputation. En trois ans et demi, l'asile a reçu dans ces conditions une centaine de personnes; mais de ce nombre il faut en déduire vingt qui avaient réellement de la folie alcoolique. Sur le reste, cinquante environ ont quitté l'asile dans la même période; mais un très petit nombre d'entre eux, une dizaine au plus, ont pu échapper aux sollicitations de l'ivrognerie. De ce côté, le résultat est donc médiocre et le Dr Elliot convient qu'il n'y a pas lieu d'en être fort satisfait. Contrairement à une opinion commune, d'après laquelle la présence des alcooliques dans les asiles d'aliénés est une source de difficultés, le Dr Elliot expose que les individus admis dans l'asile de Dauvers à titre d'ivrognes n'y ont causé jusqu'ici aucun trouble sérieux. On leur a fait promettre qu'ils ne chercheraient pas à s'enivrer, et presque tous ont tenu parole. On leur donne une liberté relativement assez grande, et deux ou trois seulement ont fait des tentatives d'évasion. Aucun d'eux n'a cherché à mettre le désordre autour de lui, et presque tous se sont rendus utiles en s'occupant à divers travaux. Bien que les choses se soient passées de cette manière relativement heureuse à l'asile de Dauvers, le Dr Elliot pense que, cependant, le mieux est d'avoir des asiles spéciaux pour les ivrognes et les dipsomanes.

XII. — *Un cas de folie alcoolique*; par le Dr Henry M. Hurd, directeur de l'asile de Pontiac, Michigan (numéro d'octobre). — Histoire d'un individu, manifestement dipsomane, qui fut admis successivement dans plusieurs asiles d'aliénés parce qu'il était en état de folie évidente, présentant même des signes de paralysie générale. Mais après un court internement, le délire cessait, l'intelligence reprenait de la netteté, et l'on rendait l'individu à la liberté. Ni la bonne volonté de cet homme, ni les encouragements, ni l'assistance qu'il put avoir, ni le travail auquel il ne refusait pas de se livrer, ne l'empêchèrent de retomber dans ses habitudes d'intempérance, qui

amenaient promptement un nouvel accès de folie. C'était bien là un dipsomane. Le D^r Hurd estime que les individus de ce genre devraient pouvoir être retenus dans des asiles spéciaux jusqu'au jour où l'on aurait la certitude qu'ils ont assez de force de volonté pour échapper à leur funeste tendance. Cela serait d'autant plus utile, que, dans leurs accès de folie alcoolique, ces malades deviennent presque tous des délinquants, des criminels, des perturbateurs de l'ordre public.

XIII. — *De la contraction musculaire comme cause de fractures chez les paralytiques généraux. Deux observations*; par le D^r C.-B. Burr, directeur de l'asile d'aliénés de Pontiac, Michigan (numéro d'octobre). — Sans se prononcer d'une manière formelle sur la fragilité plus marquée des os chez les paralytiques, fragilité que cependant il paraît disposé à admettre, le D^r Burr rapporte deux observations dans lesquelles des fractures se sont produites chez des paralytiques, uniquement par le fait de l'effort musculaire. Dans la première observation, il s'agit d'une femme qui, en se retournant vivement pour se rendre à la salle à manger où l'appelait la cloche, tomba aussitôt sans pouvoir se relever. Elle ne présentait aucune contusion visible et cependant elle s'était fracturé le fémur droit. Sa guérison fut traversée par des accidents divers, notamment de la suppuration et fut longue à obtenir. L'autre observation concerne un homme de quarante-deux ans qui, en se promenant tranquillement, et en voulant se retourner, tomba la jambe cassée. Un surveillant qui se trouvait près de lui raconta qu'au moment de la chute, il avait entendu un craquement et qu'aussitôt il avait pensé à une fracture.

XIV. — *Les localisations cérébrales*; par le D^r Théodore W. Fisher, directeur de l'asile d'aliénés de Boston (numéro d'octobre). — Excellente étude, ou pour mieux dire revue, des notions les plus certaines sur la topographie cérébrale. L'auteur y insiste particulièrement sur le rôle de l'écorce, que tout indique comme étant le siège des fonctions intellectuelles. Ce sont les lésions de l'écorce qui sont le plus directement en rapport avec la folie. Dans les maladies mentales sans lésions apparentes, il y a sans doute altération organique ou fonctionnelle des cellules.

XV. — *Un fait qui n'est pas entièrement hypothétique*; par le D^r H. P. Stearns, directeur de la retraite d'Hartford (numéro d'octobre). — Étude sur Christine de Suède. Christine, à vingt-deux ans, était reine de l'un des pays les plus importants d'Europe; elle était à l'apogée de la puissance; c'était une

femme d'un brillant esprit, versée dans les lettres et la musique; elle aimait à s'entourer d'hommes instruits; elle avait mené à bonne fin des affaires politiques où sa diplomatie avait été habile. Pourquoi voulut-elle subitement descendre du trône et abandonner une si haute situation? Le D^r Stearns se demande si elle n'avait point un grain de folie, et il n'est pas éloigné de répondre par l'affirmative en étudiant certains changements de caractère, de goûts, d'habitudes et de mœurs, survenus chez Christine. Hypothèse assurément, mais plausible, étant donné le contraste frappant qu'il y a, entre la jeunesse et l'âge mûr de cette femme extraordinaire.

XVI. — *De l'éducation physique des aliénés*; par le D^r Walter Channing, de Brookline (numéro d'octobre). — L'auteur de cet article préconise les éléments de gymnastique pour le traitement des aliénés, et dit en avoir obtenu quelques bons résultats. La gymnastique dont il s'agit est surtout celle qui se fait sans appareils, et qui consiste en exercices de mouvement.

XVII. — *Dispositions à prendre pour mettre à part les aliénés dont la folie est récente, curable, et qui sont encore capables d'apprécier leur état*; par le D^r J.-B. Bancroft (numéro d'octobre). — Cet énoncé indique suffisamment l'objet de ce mémoire. Le D^r Bancroft approuve les pouvoirs publics qui, aux États-Unis, ont pris l'initiative de créer des asiles comme ceux de Willard et de Worcester, spéciaux pour les aliénés chroniques et incurables.

D^r VICTOR PARANT.

BIBLIOGRAPHIE

Études sur les maladies cérébrales et mentales ; par le D^r Jules Cotard. Préface de M. le D^r Jules Falret, 1 vol. in-8°. Paris, J.-B. Baillière, 1891.

Au moment de la mort si imprévue de J. Cotard, un hommage d'unanimes regrets a été rendu à la droiture et à la bonté de son caractère, à la fermeté et à l'élévation de son intelligence. Mais, après avoir fait connaître l'homme, il restait à faire mieux connaître son œuvre, éparse dans les recueils spéciaux. C'est le but que s'est proposé M. J. Falret, le maître et le plus autorisé des amis de Cotard, en réunissant ses divers travaux en un volume, pour lequel il a écrit une préface destinée à montrer les tendances générales et les idées principales de l'auteur.

Les deux travaux qui ouvrent le volume ont pour objet la pathologie cérébrale. Cotard en avait puisé les éléments dans le service de son maître, le professeur Chareot. Le premier, écrit en collaboration avec J.-L. Prévost (de Genève), a pour titre : *Études physiologiques et pathologiques sur le ramollissement cérébral*. Il fut communiqué, en 1865, à la Société de biologie. Les auteurs y ont fait une large place à l'expérimentation, et les résultats qu'ils ont ainsi obtenus, rapprochés des observations cliniques, les amènent à ces conclusions générales que, même dans le cas de ramollissements rouges, « le ramollissement cérébral est essentiellement constitué par un processus nécrobiotique », lequel leur « a paru presque constamment expliqué par des troubles ischémiques ».

Dans l'*Étude sur l'atrophie partielle du cerveau*, qui constitue sa thèse inaugurale (1868), Cotard discute la pathogénie des différentes atrophies cérébrales, et il se rallie à l'opinion de Dugès, de Cruveilhier, de Lallemand, etc., qui considèrent les atrophies comme *secondaires*, comme l'*aboutissant de diverses maladies cérébrales*, contrairement aux auteurs qui ont soutenu la théorie de l'arrêt de développement primitif, de l'agè-

nése (Cazauvieilh, Brechet, etc.). A propos des symptômes, nous signalerons le chapitre relatif à l'*aphasie*, qui contient des aperçus ingénieux et souvent neufs.

Avec l'article *Folie*, nous abordons les travaux de pathologie mentale qui composent la deuxième partie de ce volume. Cet article, écrit pour le Dictionnaire encyclopédique (1877), devait forcément rester une étude très générale des causes et des symptômes de la folie, des classifications auxquelles se prêtent ses diverses formes. En dépit des difficultés et de l'aridité d'un semblable point de vue, Cotard a su donner aux considérations qu'il a développées une marque très personnelle et un vif intérêt, principalement dans ce qui a trait à la classification symptomatique.

Cette étude générale est suivie d'une série de mémoires relatifs à certains points de détail de la pathologie mentale. Les plus nombreux et les plus importants sont consacrés aux formes graves de la mélancolie. Si ces mémoires, comme M. Falret le constate dans sa préface, « *sont malheureusement trop courts et trop condensés* », en revanche, « *écrits dans une langue sobre et ferme, riches en faits précis, en idées neuves, ils ont le rare mérite de faire réfléchir et de faire penser tous ceux qui les lisent avec attention...*, et ils marquent à leur auteur une place bien distincte dans les rangs des aliénistes contemporains ».

Nous trouvons d'abord une note sur les rapports de l'« *aliénation mentale et du diabète* » ; puis, trois études dans un même ordre d'idées : « *Délire hypochondriaque dans une forme grave de la mélancolie anxieuse* », — « *Délire des négations* », — « *Délire d'énormité* ». Ces mémoires, qui trouvent leur complément dans l'article *Hypocondrie*, donné au Dictionnaire encyclopédique, tendent tous à porter quelque lumière dans la question si obscure des mélancolies. Cotard a tenté pour le *délire des négations* (malades soutenant qu'ils n'ont plus de cerveau, plus d'estomac, plus de corps ; que Dieu n'existe pas, que rien autour d'eux n'existe) ce qu'avait si heureusement réalisé Lasègue pour le « *délire des persécutions* ». Il a voulu décrire une *forme clinique* spéciale, ayant son évolution définie, son pronostic particulier. Il a insisté principalement sur les caractères propres de ces idées de négation, sur l'époque où elles apparaissent dans la mélancolie anxieuse, et sur leur valeur pronostique ; ce délire serait un indice de chronicité, il aurait donc une signification très fâcheuse.

L'idée mère, l'idée centrale de ces divers travaux, est celle de l'évolution ascendante de l'hypocondrie, qui établit, « suivant une certaine logique », un lien entre les formes les plus atténuées et les plus graves de la mélancolie. « Il semble n'y avoir, » dit Cotard, « qu'une différence de degré entre les états d'hypocondrie morale et les affections mélancoliques avec idées de culpabilité, de damnation et de négations systématisées. *L'hypocondrie morale est une ébauche dont il suffit d'accroître les traits et de forcer les ombres pour achever le tableau de ces dernières formes de mélancolie.* » Cette évolution, toute comparable à celle de l'idée de persécution, aboutit comme celle-ci à un véritable délire ambitieux, mais qui ne perd jamais sa marque d'origine. Le persécuté est, avant tout, un orgueilleux ; aussi, arrive-t-il à une mégalomanie franche, avouable, glorieuse : il est prince, il est roi, il est Dieu. Et quand sa nouvelle personnalité est définitivement constituée, il en parle sans cesse, il l'étale sans retenue.

Au contraire, le mélancolique hypocondriaque est toujours triste et humble, du moins en apparence, dans les grandeurs où l'entraîne son délire et qui sont pour lui un châtement : ses fautes supposent d'abord une *perversité*, puis une *puissance infernale, diabolique* (il est le Diable, l'Antechrist) ; une *éternité* de souffrances peut seule expier ces fautes ; un degré encore, et leur auteur n'est plus seulement un danger et un scandale par sa personne morale, par ses vices et par ses crimes, mais aussi par le développement monstrueux de sa personne physique, de son corps. « Quelques-uns de ces immortels ne sont pas seulement infinis dans le temps, ils le sont aussi dans l'espace. Ils sont immenses, leur taille est gigantesque, leur tête va toucher aux étoiles, etc... ». Cette mégalomanie triste, morose, qui va parfois jusqu'à l'énormité, reste infamante, inavouable, généralement inavouée, et quand le malade en parle, c'est pour en gémir et se lamenter.

Les études de clinique pure se terminent par un travail court, mais très substantiel, sur les « *signes de la folie héréditaire* », travail qui fut communiqué à la Société médico-psychologique au cours de la discussion sur cet important sujet (1886.)

Deux articles consacrés à la « *perte de la vision mentale dans la mélancolie anxieuse* », et à « *l'aboulie et l'inhibition* », indiquent la voie dans laquelle, plus tard, Cotard devait s'engager résolument. Son amour pour la logique et la psychologie l'amenait, par une pente insensible, à aborder, après la consta-

tation des faits, leur interprétation psycho-physiologique. De là, ses mémoires sur « *l'origine psycho-motrice ou psycho-sensorielle du délire* » et sur « *l'origine psycho-motrice du délire* ».

Le rapprochement de ces deux titres est un indice du travail qui s'opérait dans l'esprit de Cotard. Il aimait à répéter à ceux qui vivaient dans son intimité intellectuelle : « Je deviens de plus en plus moteur » ; c'est-à-dire, qu'il tendait toujours davantage à faire, dans la genèse du délire, une part prépondérante aux lésions des centres psycho-moteurs, même « *dans un grand nombre de faits pathologiques se rattachant en apparence à une origine sensorielle* ».

Je ne puis mieux faire que de reproduire ici le passage de la préface de M. J. Falret, où sont résumées les idées essentielles de ses deux mémoires :

D'après Cotard, nous dit M. Falret, le « fonctionnement intellectuel a pour point de départ l'énergie propre des centres psycho-moteurs, énergie « *qui prend ses racines dans la vie organique de ces centres, et qui n'est pas absolument subordonnée aux influences provenant des autres centres corticaux* ».

Cette énergie psychique, *autonome, volontaire*, détermine la réaction du *moi* sur le monde extérieur : elle s'exerce en grande partie sur les matériaux qui lui sont fournis par les centres psycho-sensoriels, sur les *images sensibles*, dans lesquelles il faut distinguer deux éléments presque toujours confondus dans la réalité objective (l'image d'un *objet en mouvement*, par exemple) : l'*image sensible pure*, et l'*élément moteur annexé à l'image sensible*. Ces derniers éléments représentent la réaction du monde extérieur sur le *moi* : ils sont doués d'une *motilité automatique* indépendante de tout effort volontaire, et qui peut entrer en jeu malgré le *moi* lui-même.

Dès lors, si cette double activité est exaltée par la maladie, il s'ensuivra des formes délirantes expansives ; si elle est amoindrie, on aura des formes dépressives. En outre, le délire restera limité à la *sphère subjective*, si l'activité volontaire est seule atteinte : il s'étendra à la *sphère objective*, si l'activité automatique est lésée à son tour.

La démonstration a été faite ou du moins essayée, nous l'avons vu, pour les états expansifs. Cotard l'applique également aux états opposés : « Des états de dépression psycho-motrice, écrit-il, dérivent une disposition morale pénible, un abattement, un désespoir qui s'expliquent plutôt, à mon sens,

« par la perte de l'énergie motrice que par des troubles de la
 « sensibilité. Les phénomènes douloureux, auxquels on est
 « tenté d'assigner la première place, font quelquefois défaut,
 « et il n'est nullement prouvé, lorsqu'ils existent, que la dé-
 « pression psycho-motrice leur soit subordonnée. » Et plus
 loin : « Les éléments moteurs annexés aux images sensibles
 « éprouvent, par le fait de la synergie cérébrale, une altération
 « analogue (à celle de l'activité volontaire). Les malades sont
 « abandonnés de Dieu et des hommes, les objets extérieurs
 « n'agissent plus sur eux de la même manière, et *perdent même*
 « *leur réalité substantielle*. Le délire des négations, auquel
 « aboutissent les formes graves, s'explique ainsi par des
 « troubles moteurs. »

De même, les idées de possession et de damnation résultent
 d'une excitation motrice se traduisant « dans la conscience des
 « malades, par le sentiment d'une force irrésistible qui pousse
 « ou qui arrête... d'un mouvement convulsif qu'ils ne peuvent
 « dominer ». Enfin, le délire des persécutions avec ses hallucina-
 tions serait également sous la dépendance de l'*automatisme*
moteur, grâce auquel se constituent des êtres, des personnalités,
 « vivant en quelque sorte d'une vie propre dans le cerveau...
 « Ces existences subjectives, qui se développent dans le cerveau
 « à côté du *moi*, sont soumises comme lui aux troubles fonc-
 « tionnels de l'organe... Leur automatisme caractérise tout
 « particulièrement le délire des persécutions. De là, les inter-
 « prétations des malades, qui voient tout autour d'eux des
 « intentions ironiques et malveillantes, des puissances achar-
 « nées contre leur personne. »

On le voit, la part de l'élément moteur, dans la genèse du
 délire, est devenue absolument prépondérante pour Cotard.

Ces derniers travaux se rapportent à des questions encore
 très neuves, dont la formule précise n'est même pas trouvée, et
 dont la solution appartient à l'avenir. La voie dans laquelle
 Cotard, l'un des premiers et très hardiment, s'est engagé
 restera-t-elle la voie de l'avenir? Il serait aventureux de se
 prononcer, mais l'affirmative semble probable. En tout cas,
 cette tentative est digne d'éloges; elle appelle et mérite l'imi-
 tation, comme les brillantes qualités intellectuelles dont elle est
 la preuve méritent l'admiration et le respect.

L.-F. ARNAUD.

Psychopathia sexualis mit besonderer Berücksichtigung der conträren Sexualempfindung (Psychopathie sexuelle traitant plus spécialement de l'inversion de l'instinct génital; étude médico-légale); par le D^r R. de Krafft-Ebing, professeur de psychiatrie et de neurologie à l'Université de Vienne. Sixième édition augmentée et remaniée. 1 vol. in-8°. Stuttgart, Enke.

L'éloge des travaux du savant professeur de Vienne n'est plus à faire; son *Traité de psychiatrie* vient, entre autres, d'atteindre sa quatrième édition, et la monographie qui fait l'objet de ces lignes en est à sa sixième; c'est tout dire. C'est qu'aussi de Krafft-Ebing — chose assez rare aux pays d'outre-Rhin — joint à sa vaste érudition et à un remarquable don d'observation, un grand sens pratique et une élégance de style auxquels ses ouvrages doivent avant tout leur vogue; ils se lisent « comme un roman ». Il ne s'égare pas dans des digressions inutiles, ne se perd jamais dans aucun labyrinthe d'hypothèses; analysant clairement les faits, il va droit au but et en quelques lignes bien tournées développe sa pensée. Nous retrouvons ces précieuses qualités dans sa dernière édition de la *Psychopathia sexualis*.

Cette nouvelle branche de la psychopathologie est d'ailleurs en quelque mesure sa création. Si Westphal a le premier décrit l'inversion du sens génital, en lui donnant le nom qui lui est resté, si d'autres auteurs en ont raconté et commenté de nouveaux cas, de Krafft-Ebing est le premier qui en ait fait l'objet d'une étude générale en y rattachant d'autres formes de troubles psychiques ou nerveux des fonctions sexuelles. Le volume que nous annonçons les étudie toutes d'une façon très complète.

Les deux premiers chapitres traitent de la physiologie et de la psychologie de la vie sexuelle. Le troisième est consacré aux formes spéciales que l'auteur divise en trois groupes principaux : *Névroses périphériques*, 1° sensibles : anesthésies, hyperesthésies, névralgies; 2° motrices : spasmes, pollutions, paralysie, spermatorrhée; 3° sécrétrices : aspermie, polyspermie. *Névroses spinales*, 1° affections des centres d'érection; 2° affections des centres d'éjaculation. *Névroses cérébrales, psycho-névroses*.

Ces dernières sont de beaucoup les plus importantes; ce sont elles surtout qui intéressent l'aliéniste. Elles se divisent en quatre classes :

1° Névroses paradoxales : excitations sexuelles hors du temps physiologique ; enfants, vieillards.

2° Névroses anesthésiques : frigidité sexuelle (normale chez l'enfant et le vieillard).

3° Névroses hyperesthésiques. Exagération de l'instinct génital dans les limites normales. d'âge, et ne cherchant pas satisfaction dans des excitants contre nature ; nymphomanie, satyriasis.

4° Névroses paresthésiques : Aberrations diverses de l'instinct génital cherchant satisfaction par des moyens anormaux. Deux grandes catégories : A). Appétence sexuelle normale pour l'autre sexe, mais avec aberrations diverses dans sa satisfaction ; sadisme, masochisme, fétichisme. B. Diminution ou abolition complète de l'appétence normale. L'individu n'a de goût que pour son propre sexe : inversion de l'instinct génital, homosexualité congénitale ou acquise.

Le sadisme — du trop célèbre marquis de Sade — est la volupté assaisonnée de violences précédant le coït ou lui succédant : mutilation, anthropophagie, Menesclou, Jack l'Eventreur, les nécrophiles, le sergent Bertrand : les flagellants, les vampires. Actes de sadisme commis sur les animaux.

Le masochisme — des romans de Sacher Masoch — est la volupté associée non plus à la violence infligée, mais à la violence soufferte. Tandis que le sadiste cause la douleur chez sa victime, le masochiste la demande pour lui. Le premier est actif, le second passif. Les deux formes se rencontrent également chez l'homme et chez la femme.

Dans le fétichisme enfin — Binet, *Du fétichisme dans l'amour* ; Revue philosophique, 1887 — la volupté est liée exclusivement à un objet déterminé, à telle ou telle partie du corps humain (mains, pieds, cheveux), à telle partie du vêtement, souliers, etc.

L'inversion du sens génital, beaucoup moins rare qu'on pourrait le penser — un cas sur cent hommes adultes, d'après Ulrichs — est traité très en détail par de Krafft-Ebing. Il distingue quatre classes : 1° L'hermaphrodisme psychique.

(1) Le sadisme existerait-il à l'état normal chez les animaux ? Pendant l'accouplement, le bouquin mord avec rage la nuque de la bête et fait voler son poil de tous les côtés. Le lieu de la jouette amoureuse se reconnaît aisément aux touffes de poils dont il est parsemé. — Dr C.

Individus chez lesquels à côté de l'inversion subsistent encore quelques traces de l'appétence sexuelle normale. 2° Les homosexuels purs, chez lesquels toute appétence normale pour l'autre sexe disparaît absolument. 3° Effémination et viraginité, formes dans lesquelles l'état psychique en général — caractère, sentiments, goûts, etc. — sont ceux de l'autre sexe. 4° Gynandrie et androgynie. L'individu ici n'a plus seulement le type psychique de l'autre sexe, mais encore son type physique; conformation du squelette, traits du visage, système pileux, timbre de voix, etc.

Les derniers chapitres du volume traitent du diagnostic, du pronostic, du traitement, de la valeur des troubles de l'instinct génital dans les diverses formes d'aliénation, et enfin de la responsabilité des anormaux sexuels.

L'ouvrage est, on le voit, des plus complets et les cent cinquante observations qui l'illustrent se lisent avec un véritable intérêt. Quelques-unes sont de véritables autobiographies. Beaucoup dévoilent des détails vraiment immondes, toutes jettent un jour navrant sur les bas-fonds de la nature humaine, mais *castis sunt omnia casta*, et le médecin doit regarder les souillures de l'esprit du même oeil que les plus hideuses plaies du corps. D'ailleurs « le latin dans les mots brave l'honnêteté », et l'auteur s'en sert souvent; son livre n'est au surplus pas destiné aux pensionnats de jeunes demoiselles.

En résumé, nous ne pouvons que féliciter le professeur autrichien de son beau travail; médecins et magistrats y trouveront de précieuses données et, après l'avoir ouvert, n'en reviendront jamais les mains vides. Une bonne traduction française aurait, nous n'en doutons pas, un grand succès. Avis à nos jeunes confrères.

D^r CHATELAIN.

L'anthropologie criminelle et ses récents progrès; par César Lombroso, professeur de psychiatrie et de médecine légale à l'Université de Turin. 1 vol. in-18 de la *Bibliothèque de philosophie contemporaine*. F. Alcan, éditeur. Paris, 1890.

On peut ne pas accepter indistinctement toutes les idées de M. Lombroso, on peut ne pas interpréter à sa manière tous les documents et toutes les statistiques dont ses livres abondent,

mais il est impossible de ne pas toujours admirer la fécondité puissante et l'énergique propagande de ce savant aux convictions entraînantes.

Il publie aujourd'hui, dans la *Bibliothèque de philosophie contemporaine*, un petit volume dans lequel quelques lecteurs espéraient peut-être trouver un véritable traité d'anthropologie criminelle. Non, dans ce dernier travail, il s'est seulement proposé d'esquisser les travaux les plus récents de son école, parce que, dit-il, « la marche rapide, presque précipitée de l'anthropologie criminelle, empêche les savants d'attendre paisiblement les nouvelles publications... et aussi, parce qu'il n'est pas facile de puiser dans les revues spéciales qui donnent le compte rendu des publications à mesure qu'elles paraissent ». On retrouve cependant quand même ses principales théories rappelées, discutées et surtout défendues, dans tous les chapitres de ce livre. Il n'en pouvait être autrement; M. Lombroso défend ses idées avec une vigueur au moins égale à celle avec laquelle certains les attaquent et, bien loin d'éviter le combat, il le recherche.

Et puis, un résumé didactique des doctrines de la nouvelle École n'est pas possible actuellement. L'anthropologie criminelle est une science qui sort seulement de l'enfance, ses défenseurs commettraient une imprudence en voulant, dès aujourd'hui, en formuler les données fixes que des travaux futurs sont peut-être appelés à modifier par la suite. Les adversaires verraient dans ces modifications de véritables contradictions.

Car il a des adversaires le *Uomo delinquente*, et des adversaires dont l'opinion compte. En France seulement, ce sont MM. Topinard, Manouvrier, Magnan, Féré, etc..., et parmi les juristes philosophes, M. Tarde, l'adversaire toujours prêt, énergique et courtois, qui attache des fleurs à ses traits, ce qui ne les émousse nullement. Il faut le dire, M. Lombroso ne reste jamais en arrière, il riposte de suite, et lui aussi très courtoisement, mais très énergiquement.

M. Lombroso a créé un type physique et psychique d'homme criminel. Il a aussi étudié le *Mattoide*, que tout le monde admet, mais en le dénommant autrement. Puis il a subdivisé, ou plutôt ses élèves ont subdivisé son type du criminel-né en créant des sous-genres; ainsi le type du meurtrier, celui du *blesseur*, celui de l'escroc, du violateur, de l'oisif, etc. C'est-à-dire que le criminel-né est considéré comme une variété dans l'espèce humaine, et cette variété est étudiée selon la méthode employée dans les sciences naturelles. D'où la subdivision de la

variété, d'où les types idéaux autour desquels gravitent, sans jamais leur ressembler exactement, tous les individus qu'on rencontre dans la pratique. Il en est en somme, et il ne faut pas l'oublier, du type idéal de l'homme criminel de Lombroso, comme du crâne idéal de l'Auvergnat de Broca, par exemple. Et il peut arriver qu'un criminel, un véritable criminel-né, s'éloigne énormément du type de Lombroso, sans que ce fait infirme en rien la doctrine du savant médecin de Turin.

Dans ces temps derniers, M. Lombroso est arrivé à une conception nouvelle de la criminalité, dont il fait une manifestation de l'épilepsie. C'est certainement là le point le plus original de son œuvre, d'autant plus qu'il fait du génie aussi une manifestation de la même névrose. Pour ce qui est de la criminalité et surtout du mattoïde, le savant anthropologiste a des prédécesseurs. Un érudit établirait de suite une longue liste avec les noms de ses précurseurs; moi, je ne citerai que trois noms : Broca, Maudsley, Moreau (de Tours). Ils suffisent pour rappeler que l'homme criminel existait déjà avant Lombroso, à l'état latent pour ainsi dire. Mais la criminalité et la génialité des décharges épileptiques, c'est absolument nouveau. Il est probable que ce sera sujet à longues discussions. Voilà déjà ce qu'en disait M. Tarde, il y a deux ans, à l'époque même où cette théorie venait d'être publiée : « ... On a peine à croire qu'un savant de cette envergure ait pu à ce point se fausser l'esprit... On reste incliné à penser, après avoir lu attentivement l'ouvrage, que sous cet amalgame d'observations et de conjectures s'agit peut-être une idée profonde, comme une source sous un éboulement (1). » Je reproduis ce passage de la critique de M. Tarde parce qu'il précise parfaitement ce qui semble être la vérité dans la nouvelle théorie de la criminalité, et parce qu'il démontre qu'aux yeux même de ses adversaires, il y a dans les conceptions les plus audacieuses de Lombroso un fond de réel qu'il faut savoir dégager. Je crois même que pour ce qui concerne l'homme criminel et l'homme de génie, les savants que j'ai nommés plus haut, et qui se sont trouvés en opposition avec Lombroso, ne sont pas pour lui de véritables adversaires. Eux et lui ne sont, à bien considérer, séparés que par des questions de détail, tous s'entendent sur le fond. C'est ce qui m'a semblé ressortir des différents travaux que j'ai pu lire, des objec-

(1) *Revue philosophique*, 1889, n° 11.

tions faites à l'École et des réponses à ces objections, cela malgré ce qui a été dit au Congrès de 1889. M. Tarde, lui-même, à en juger par la citation qui précède, en arrivera peut-être à être un disciple de la nouvelle École, disciple toujours un peu indiscipliné, à vrai dire.

Mais il est un nombre considérable d'hommes qui, jamais, ne consentiront à admettre quoi que ce soit de l'homme criminel, ce sont les fanatiques du libre arbitre. Car il faut le reconnaître, c'est à ce point de vue métaphysique de la volonté libre, du libre arbitre, que se placent le plus grand nombre de ceux qui combattent Lombroso. Il est inutile de dire que je ne comprends pas parmi eux les savants dont j'ai cité les noms plus haut. Mais dans le grand public, on ne voit absolument dans les idées de M. Lombroso que des négatives du principe de la volonté libre. En sorte qu'on procède à son égard avec une mauvaise foi tout à fait naïve et inconsciente. On ne cherche pas à savoir si les documents sur lesquels il se base sont exacts, ni si les déductions sont logiques. Par principe, toutes ces choses sont erronées, mal synthétisées, fausses, c'est ainsi qu'elles doivent être, c'est ainsi qu'on les voit ; car sans cela, le libre arbitre, entité métaphysique, notion innée, essentielle, analogue à celle du temps et de l'espace, recevrait une atteinte, ce qui ne peut être. — C'est toujours donc la vieille querelle qui recommence. — De ces critiques, M. Lombroso n'a cure, c'est certain, mais elles influent beaucoup sur l'opinion publique. Et je voudrais qu'on sût bien qu'il n'y a rien de subversif dans les conceptions de M. Lombroso, lesquelles doivent être étudiées dans les sources, dans les recueils scientifiques spéciaux et non ailleurs, que ceux enfin qui tremblent d'ébranler leur certitude en leur libre arbitre peuvent quand même admettre les principes de la nouvelle École, sans perdre leur chère illusion. M. Tarde vient justement de publier un travail, *l'Idée de culpabilité*, dans lequel il abandonne net l'entité libre arbitre qu'il qualifie de théologique, l'homme n'en reste pas moins responsable. De prime-abord il semble encore plus facile de s'accommoder d'une proposition contraire (1).

Mais revenons à *l'Anthropologie criminelle et à ses récents progrès*. — Comme je l'ai dit, ce livre renferme les réfutations de quelques objections faites à la nouvelle École criminaliste.

(1) *Revue des Deux Mondes*, numéro du 15 juin 1891.

En plus on y trouve un résumé des caractères physiques, psychiques et physiologiques du criminel. Le chapitre I^{er} est intitulé : *Anomalies morphologiques des criminels*; le chapitre II, *Les fonctions des criminels*, et le chapitre III, *Pathologie de l'homme criminel*.

C'est dans le cours de ces différents chapitres que sont exposés les travaux récents de M. Marro, que notre auteur appelle le « Jussieu de l'anthropologie criminelle ». M. Marro a étudié les stigmates physiques dans les différentes catégories de criminels. « Les découvertes de M. Marro, dit Lombroso, ne sont pas en contradiction avec les miennes, comme on l'a dit; au contraire, elles ne font que les confirmer. Seulement elles montrent des espèces là où je n'avais entrevu que des genres ». Puis les travaux de M. Rossi qui confirmèrent les précédents; ceux de M. Ottolenghi sur l'échancrure nasale; un résumé de l'intéressante étude de M. Frigerio sur les malformations des oreilles, etc...

On arrive ensuite à l'important chapitre dans lequel se trouvent établis les rapports qui existent entre l'épilepsie, d'une part, le crime et le génie d'autre part. En dernier lieu, un long chapitre consacré au *crime politique*.

Dans cette dernière étude, on relève bien des pensées qui surprennent de prime-abord, mais on arrive vite à s'habituer à ces conceptions nouvelles. Et puis, le plus souvent, quelques réflexions, de celles qu'on dit vulgairement frappées au coin du bon sens, viennent à la fin enlever à ces données ce qu'elles semblent parfois avoir d'étrange. Ainsi, après avoir dit que la présence d'un homme sans génie, fourbe et criminel, mais adonné à la politique, peut déterminer des troubles et des modifications sociales importantes, l'auteur ajoute : « Même avec un génie, le Christ par exemple, une vraie révolution ne peut se produire et durer, sans une nécessité organique des peuples. » Mais ces sujets élevés, ces études sociales, — car criminalité et sociologie sont ici absolument confondus, — sont très succinctement résumés dans ce livre; le lecteur pourra les trouver très développés dans l'important volume de Lombroso : « *le Crime politique*. »

Il semble que, dans ce rapide compte rendu, je me sois plutôt occupé de l'œuvre de M. Lombroso en général que du livre que je suis chargé de présenter au public. Mais en réalité, ce livre n'est qu'un résumé des principaux travaux de l'auteur; et puis il serait très désirable que la nouvelle École italienne

d'anthropologie criminelle fût mieux connue chez nous. On entend journellement émettre des appréciations absolument erronées sur les théories de Lombroso et de ses disciples, par des personnes qui, certainement, n'ont pas lu les ouvrages qu'elles critiquent. Les aliénistes français connaissent bien Lombroso, mais c'est insuffisant; à notre époque, alors que les questions sociales sont à l'ordre du jour, alors que les parlements s'en occupent, alors qu'un pape et un empereur en prennent souci, un révolutionnaire comme M. Lombroso doit être lu par tout le public qui pense.

CAMUSET.

Hygiène et traitement des maladies mentales et nerveuses; par J.-B. Kovalevsky, M. D., professeur des maladies mentales et nerveuses, à l'Université de Kharkoff (Russie), traduit du russe par le D^r Wladimir de Holstein. Paris, F. Alcan, éditeur, 1890.

L'Hygiène et le traitement des maladies mentales et nerveuses; par M. le P^r Kovalevsky, traduit du russe par M. le D^r de Holstein, et bien traduit entre parenthèse, est un traité de thérapeutique générale des psychoses et des névroses, dans lequel la place la plus importante est réservée à la prophylaxie et à l'hygiène. Il serait même plus exact de dire que l'ouvrage est entièrement consacré à l'étude de la prophylaxie des affections du système nerveux et à leur traitement par l'hygiène. Le traitement pharmaceutique est à peine indiqué.

C'est, du reste, parce qu'il juge peu puissante la thérapeutique pharmaceutique des psychoses, parce qu'il la juge même quelquefois nuisible, que M. Kovalevsky lui donne ainsi un rang secondaire. « Nous nous déclarons, dit-il, partisan de la doctrine des remèdes naturels. Au lecteur à juger si nous avons réussi à la faire prévaloir dans le présent travail. » Cette phrase que je trouve dans la préface, et que je reproduis, indique parfaitement, et le but poursuivi par l'auteur, et l'esprit de son œuvre. Par remèdes naturels, il entend tous les agents physiques : l'air, l'eau, le mouvement, l'électricité... et aussi l'alimentation, les vêtements... tous les agents thérapeutiques, enfin, sauf les drogues.

On trouvera dans ce travail beaucoup d'érudition et beaucoup d'expérience clinique. La lecture en est attrayante et utile.

Les questions les plus importantes de notre spécialité y sont savamment discutées. Les opinions des médecins russes, leurs méthodes, sont comparées aux opinions et aux méthodes des médecins étrangers. Souvent on remarque, et non sans une certaine satisfaction, des données, des thèses, nées en France, qui sont acceptées comme classiques en Russie. Certainement, toutes les solutions ne sont pas identiques dans les deux pays; mais on constate que pour les théories les plus importantes, de même que pour les méthodes fondamentales de traitement, il y a concordance réelle.

Le premier chapitre, ou plutôt la préface, est un exposé très concis de biologie transcendante. On en peut dégager quelques pensées qui constituent, je crois, la doctrine philosophique de l'auteur :

Les neuropathies sont fonction de la civilisation, elles se modifient avec elle. Or, à notre époque, les conditions de l'existence de l'homme et de l'humanité se sont tellement modifiées, que les maladies nerveuses et mentales ont absolument changé de caractère, et en même temps qu'elles sont devenues beaucoup plus fréquentes.

A mesure que la civilisation progresse, l'homme rencontre sur son chemin des obstacles de plus en plus grands, « la lutte pour l'existence devient de plus en plus intense, et les vainqueurs en souffrent autant que les vaincus ». Les vainqueurs ne se tirent pas indemnes du combat pour la vie. Épuisés par l'effort, ils deviennent faibles et irritables, ils ne peuvent plus vivre sans stimulants, et ils finissent, eux aussi, par succomber sous le poids de nouveaux efforts. Il en résulte que les vainqueurs, en réalité, engendrent des faibles mal armés pour les luttes futures. Ici, est rappelé un proverbe du soldat prussien : « Les survivants à la guerre peuvent envier le sort des morts; bien que saufs, ils ne restent pas sains. »

Malgré plusieurs aperçus de ce genre, et malgré aussi quelques savantes explications de chimie biologique, sur l'action des aliments, le livre de M. Kovalevsky n'en est pas moins, au premier chef, un livre de pratique. Une rapide indication de ses différents chapitres suffit pour le faire voir.

Le premier chapitre est consacré à l'alimentation, c'est un des plus importants. On y trouve des remarques intéressantes sur les effets physiologiques des différents genres d'alimentation. Tous sont appréciés selon leur valeur nutritive et surtout selon leurs effets respectifs sur l'innervation. Ainsi la viande de bœuf

est particulièrement excitante, et il ne faut pas l'oublier dans le traitement des aliénés. On donne ordinairement beaucoup de viande de bœuf dans les asiles, c'est un tort, cet aliment ne doit être prescrit qu'avec discernement. Il ne convient que dans les états mélancoliques passifs, il est nuisible dans presque toutes les autres circonstances.

Je reproduis cette observation à dessein. Le livre, en effet, est rempli d'indications hygiéniques de ce genre, qui s'appliquent non seulement à l'alimentation, mais aussi aux vêtements, à l'habitation, au séjour à la mer ou dans les montagnes, etc.

Les chapitres IV et suivants traitent de moyens thérapeutiques moins vulgaires, mais que l'auteur ne me semble pas croire plus puissants, ainsi l'*électrothérapie*, l'*hydrothérapie*, la *kinésithérapie* (gymnastique, massage). Le chapitre de l'électrothérapie suggère une réflexion : Ne négligeons-nous pas un peu trop, en France, dans nos asiles, les ressources thérapeutiques de l'électricité ? M. Kovalevsky prétend que les courants faradiques, les courants induits, aussi bien que l'électricité statique, donnent dans des conditions déterminées, des résultats très favorables. Nous n'employons guère l'électricité que pour le traitement des névroses ; pour celui des psychoses, nous n'y avons pas recours. Mais il faut dire que l'électrothérapie ne paraît utile que dans les périodes de début des maladies mentales et que, malheureusement, nous ne recevons pas souvent les malades dans nos asiles, au début de leur affection.

Le traitement par les drogues n'est pas, malgré ce qui a été dit plus haut, complètement négligé ; l'auteur lui consacre le chapitre IX. Mais c'est surtout pour défendre cette thèse, à savoir que certains aliénistes proclament qu'ils ont supprimé dans leurs services tous les moyens de contrainte, et qu'ils pratiquent absolument le non-restreint, alors qu'ils narcotisent à outrance leurs malades excités et, qu'en réalité, ils pratiquent sur eux une contrainte psychique, laquelle est encore plus nuisible que ne le serait la contrainte physique. Pour être complet, notons que, dans ce même chapitre, il indique aussi quelques médicaments utiles dans quelques circonstances.

A signaler aussi, le *Traitement psychique*. On y trouve de sages conseils sur la façon d'inspirer confiance aux aliénés et de les diriger. Il ne faut pas les tourmenter ni les interroger trop fort, il faut les suivre, les juger par leurs actes, par les paroles qu'ils prononcent spontanément, par leurs écrits, puis, saisir le moment où une intervention a chance d'être profitable,

etc.... Toutes excellentes recommandations, mais qui ne peuvent être bien comprises que par ceux qui ont déjà une expérience personnelle des aliénés.

Un très long chapitre est consacré au traitement des malades dans les asiles; il renferme des indications très heureuses sur les soins à donner aux aliénés, selon le genre d'affection dont ils sont atteints. Il renferme aussi un examen critique des différents modes d'hospitalisation des aliénés. La question de la direction des asiles se trouve ici longuement discutée. M. Kovalevsky est partisan absolu de ce que nous appelons en France la réunion des fonctions. Le directeur d'un asile en doit nécessairement être le médecin et réciproquement; ce qu'il démontre par des arguments que je trouve, pour ma part, irréfutables, cela, malgré ce qu'ont écrit, dans ce journal même, deux de mes plus distingués collègues.

Il me semble inutile, après cette rapide énumération des principaux sujets traités dans l'ouvrage de M. Kovalevsky, d'en recommander la lecture. C'est un livre utile qui s'adresse particulièrement aux aliénistes, mais qui s'adresse également à tous les médecins et même aussi aux gens du monde. Il est si bien traduit par M. Wladimir de Holstein, qu'on le croirait tout d'abord écrit par un de nos compatriotes.

CAMUSET.

Recherches cliniques et expérimentales sur les accidents survenant par l'emploi des scaphandres; par M. le Dr Michel Catsaras, professeur agrégé à la Faculté d'Athènes, médecin de l'asile de Dromacaïtis. Paris, aux bureaux du Progrès Médical, 1890.

La pêche des éponges constitue, dans l'Archipel, une industrie importante, et les pêcheurs, fort nombreux, y forment une sorte de population spéciale. Cette population est chaque jour victime de nombreux accidents causés par l'emploi des appareils à immersion. Il n'y a que vingt-deux ans que l'on se sert de ces appareils, principalement des scaphandres, et sans être aussi nombreux qu'au début, par suite des améliorations apportées dans les appareils, les accidents sont encore très fréquents, souvent très graves, quelquefois même mortels.

M. Catsaras a fait une étude complète de tous les accidents,

de toutes les affections résultant de l'emploi des scaphandres, et il publie aujourd'hui sous ce titre : *Recherches cliniques et expérimentales sur les accidents survenant par l'emploi des scaphandres*, un travail important qui n'est autre chose qu'une pathologie spéciale à une industrie particulière, la pathologie des scaphandriers. Nous allons en indiquer brièvement les points les plus importants.

L'auteur rappelle d'abord les travaux antérieurs sur le sujet : le mémoire de M. Leroy de Méricourt, le premier en date (1869), la thèse de M. Gal, le travail de M. le Dr Cotsonopoulos, la communication de M. Charpentier à la Société médico-psychologique de Paris, etc... Puis il donne les descriptions cliniques de tous les accidents observés, qu'il divise en nerveux et extra-nerveux.

1° *Accidents nerveux*. Il en existe de trois sortes : des accidents spinaux, des accidents cérébraux et des accidents cérébro-spinaux.

Les accidents spinaux sont les plus fréquents et les plus intéressants ; ils se divisent en plusieurs groupes, d'après l'aspect clinique de chacun d'eux, et d'après aussi, on le voit plus loin, le siège des lésions anatomiques.

Je dois énumérer tous ces groupes et, si l'on trouve leur classification trop compliquée, impression que j'ai moi-même éprouvée de prime-abord, on voit plus tard qu'il était impossible de simplifier davantage, et que chaque groupe répond à des syndromes spéciaux, lesquels dépendent nécessairement du lieu de la lésion.

L'auteur aurait évité de paraître ainsi se laisser entraîner à trop multiplier les formes cliniques, s'il avait modifié le plan de son ouvrage et s'il avait exposé d'abord l'anatomie et la physiologie pathologiques, au moins en quelques mots, sauf à y revenir plus tard, avant d'exposer la symptomatologie. C'est là la seule observation critique, et elle est peu grave, qu'on puisse faire à son travail. Le lecteur eut ainsi de suite compris la nécessité des nombreuses formes cliniques différentes, il les eût même établi lui-même avant d'en suivre la description.

Quoi qu'il en soit, les formes spinales comprennent :

1° La forme centrale spinale latérale ; 2° la forme centrale spinale postéro-latérale ; 3° la forme centrale spinale postérieure ; 4° la forme spinale postérieure ; 5° la forme spinale paralytique transitoire ; 6° la forme unilatérale.

Voici maintenant les principaux symptômes qui caractérisent

toutes ces formes ; mais, avant tout, il faut bien noter que les accidents se déclarent toujours après la décompression brusque, ou peu de temps après, jamais avant. Ce fait est d'une importance extrême au point de vue de la pathogénie des accidents.

Dans la première forme, forme centrale spinale latérale, on observe, comme symptômes de début, des accidents céphaliques (perte de connaissance, vertiges, quelquefois aphasie, etc.), plus tard, des accidents sensitifs : douleurs violentes à l'épigastre, à la nuque... Arrive ensuite la période paralytique, caractérisée par la paraplégie, laquelle débute presque toujours brusquement. A la paraplégie se joignent souvent des troubles du côté de la vessie, du rectum, etc... Enfin la troisième période, période des symptômes spasmodiques, tels que l'épilepsie spinale, démarche spasmodique, etc... On peut dire que presque toutes les paralysies provenant de l'emploi des scaphandres, et qui se prolongent au delà d'un mois, sont spasmodiques.

L'auteur fait suivre ce tableau clinique de l'énumération des *symptômes négatifs*. Il désigne ainsi des symptômes qu'on ne rencontre jamais. Je ne sais si cette terminologie est bien régulière. En tout cas, on ne rencontre jamais dans cette première forme de myélite, la forme centrale spinale latérale, ni symptômes tabétoïdes, ni symptômes amyotrophiques.

On voit que les symptômes de cette classe s'expliquent par des lésions des parties latérales de la moelle. Les troubles céphaliques du début, qui se dissipent vite, sont des phénomènes transitoires d'action à distance. On voit également que les cordons et les racines postérieurs ne sont intéressés, puisque jamais on n'observe de symptômes tabétoïdes. Enfin les cellules des cornes antérieures ne sont pas atteintes, puisque jamais non plus il n'existe d'atrophie musculaire. La première forme de M. Catsaras est donc parfaitement justifiée. Il en est de même de toutes les autres.

La deuxième forme (centrale spinale postéro-latérale) s'accompagne de symptômes qui se rapprochent de ceux de la première forme ; mais elle présente en plus des signes du tabes ou plutôt des symptômes tabétoïdes, abolition des réflexes rotuliens, douleurs fulgurantes, signes de Romberg, etc. Jamais on n'observe le symptôme de la dégénérescence des cellules des cornes antérieures, on ne constate pas non plus des symptômes cérébraux permanents.

La troisième forme (centrale spinale postérieure), bien plus rare que les deux précédentes, présente des symptômes paraplé-

giques, des symptômes tabétoïdes, mais jamais de symptômes spasmodiques ni myotrophiques.

La quatrième forme (spinale postérieure), très rare, est caractérisée exclusivement par des troubles de la sensibilité, du sens musculaire, par l'abolition des réflexes des membres inférieurs, sans aucune trace de paralysie.

La cinquième (forme unilatérale) se caractérise par l'existence de monoplégies.

Dans la sixième forme (paralytique transitoire), les paralysies toujours plus ou moins durables des formes précédentes, sont au contraire transitoires, fugitives. Elles ne durent que quelques minutes ou quelques heures. Ces formes sont très fréquentes.

On arrive maintenant à l'étude des *accidents cérébraux*. Ils sont d'une variété et d'une complexité extrêmes. On observe les formes aphasiques, qui comprennent toutes les aphasies, aphasies de réception et d'émission. On observe des formes sensorielles, des formes épileptiques, des formes paralytiques cérébrales, enfin des formes mentales. Ces différentes formes peuvent se combiner entre elles. Puis, après les accidents cérébraux, viennent les accidents *cérébro-spinaux*.

Ici se termine l'étude des accidents nerveux. L'auteur expose ensuite les accidents extra-nerveux, comme l'emphysème sous-cutané généralisé, par exemple. Il consacre aussi quelques pages aux accidents mortels, puis il arrive au chapitre de la pathogénie.

Ce chapitre de la pathogénie, suivi de quelques indications sommaires sur l'anatomie pathologique, est celui qui, à mon avis, eût dû être placé le premier, et servir en quelque sorte de préface à l'ouvrage. Placé ainsi, il eût rendu plus attrayante, plus facile à lire, la partie clinique, qui est la plus importante et la plus originale.

Il est inutile de dire que c'est la théorie de P. Bert qui rend compte des maladies spéciales aux scaphandriers. Il y a développement de gaz (azote) au moment de la brusque décompression, dans le sang des artérioles et des capillaires. Ce gaz agit à l'instar des embolies et provoque l'ischémie et la microbiose dans des territoires limités des centres nerveux.

Il faut noter ici les expériences de M. Catsaras sur les animaux, expériences d'autant plus concluantes que les animaux se trouvent dans des conditions identiques à celles dans lesquelles se trouvent les scaphandriers.

Enfin, l'auteur, mettant à profit les données fournies par la

physiologie, lesquelles concordent absolument avec celles fournies par l'expérience clinique, termine par l'énoncé de prescriptions prophylactiques et thérapeutiques qui, bien suivies, diminueront beaucoup les inconvénients et les dangers des scaphandres.

En résumé, très bonne étude clinique et expérimentale; collection d'observations nombreuses très détaillées et très intéressantes; en plus, livre très utile au point de vue purement pratique.

CAMUSET.

The Insanity of doubt (La folie du doute); par PHILIP COOMBS KNAPP, chef de clinique des maladies nerveuses à Harvard medical School. (Extrait du *the American Journal of psychology*, 1890.)

Sous ce titre, le Dr Coombs Knapp passe en revue les principales formes d'obsessions mentales simples, telles que la folie du doute proprement dite, pure ou associée à d'autres syndromes; le délire du toucher, l'ouomatomanie, l'arithmomanie; etc. Il rappelle les travaux français, allemands et italiens sur le même sujet et discute les diverses opinions émises sur la nature de ces troubles intellectuels et le mécanisme de leur production. Il s'agirait, selon lui, de l'irritation progressive d'un centre de l'idéation; le groupe de cellules où a pris naissance l'idée fixe absurde est en permanente activité; il domine la conscience, suspend l'activité des autres groupes de cellules et finalement agit sur la zone motrice dont il provoque une décharge. Il y a là quelque analogie avec ce qui se passe dans l'épilepsie jacksonienne; tout conscient qu'il soit, en effet, le patient subit irrésistiblement ce besoin de se livrer à quelque excentricité en rapport avec son idée fixe.

Après avoir énuméré les principaux aspects cliniques et décrit les diverses périodes de cette affection d'après les descriptions de Ball, Tamburini, Legraud du Saulle, Westphal, etc., l'auteur fait observer avec raison que les cas extrêmes aboutissant à l'incurabilité sont l'exception, que les formes légères, rémittentes ou transitoires, sont en extrême majorité et que les idées de doute ne sont même pas rares chez les personnes absolument correctes au point de vue intellectuel.

Il existe aussi, et il en fournit un exemple, des cas mixtes où

la folie du doute se combine avec quelque autre forme d'aliénation.

Enfin, tout en admettant l'origine héréditaire de cette affection psychique, il se range à l'opinion de Krafft-Ebing qui en fait une *paranoia abortive*, un état de transition entre le fonctionnement normal de l'intelligence et la *paranoia* véritable. Ce rapprochement ne nous paraît pas très justifié en l'absence d'une définition précise du mot *paranoia*, qui, on le sait, est employé dans les acceptions les plus diverses par les Allemands eux-mêmes. Si ce mot signifie simplement *folie chronique*, l'opportunité du rapprochement paraît douteuse; et elle est absolument injustifiable, si la *paranoia* n'est autre chose que notre délire systématisé à évolution progressive.

A. CULLERRE.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— Les *neurasthénies psychiques* (obsessions émotives ou conscientes); par le D^r Em. Régis, médecin de la Maison de santé du Castel d'Andorte. Broch. in-8° de 40 pages, Bordeaux, imprimerie G. Gounouilh, 1891.

— *Contributo alla casuistica del psicopatie sifilitiche precoci* (Contribution à la casuistique des psychopathies syphilitiques précoces); par le D^r Arnaldo Pieraccini. Broch. in-8° de 16 pages. Extrait de la *Riforma medica*, Naples, avril 1891.

— *Osservazioni cliniche sull'uso dell'antipirina nelle malattie mentali* (Observations cliniques sur l'emploi de l'antipyrine dans les maladies mentales); par les D^{rs} Berarducci Carlo et Agostini Cesare, du Manicome de Pérouse. Broch. in-8° de 12 pages. Extrait de l'*Archivio italiano per le malattie nervose*, Milan, 1891.

— La *neurasthénie*, épuisement nerveux; par le D^r L. Bonveret, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Lyon. 2^e édition revue et augmentée. 1 vol. in-8° de 480 pages. Paris, J.-B. Baillière, 1891.

— *Early diagnosis of some serious diseases of the nervous system: its importance and feasibility* (Du diagnostic précoce de quelques maladies graves du système nerveux; son importance et sa possibilité); par le D^r E.-C. Seguin. Broch. in-8° de 37 pages. Extrait du *Boston Medical and surgical Journal*, numéros de décembre 1890 et février 1891.

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS

— *Décret du 3 septembre 1891* : Sur la proposition du ministre de l'intérieur, a été promu au grade d'officier de la Légion d'honneur, M. le D^r MESNET (Urbain-Antoine-Ernest), médecin à l'Hôtel-Dieu de Paris, chevalier depuis août 1868.

— *Décret du 13 juillet 1891* : Sur la proposition de M. le ministre de l'intérieur, ont été nommés au grade de chevalier de la Légion d'honneur :

M. le D^r JOFFROY (Alix), médecin à l'hospice de la Salpêtrière, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. Médecin du bureau central en 1879 et de la Salpêtrière depuis 1884. Services exceptionnels : auteur de nombreux mémoires et travaux scientifiques très estimés ;

M. l'abbé MOULY (Pierre-Autoine), aumônier de la maison nationale de Charenton (Seine). Vingt-sept ans de services, tant aux colonies qu'à la maison nationale de Charenton. Belle conduite lors de l'épidémie de fièvre jaune survenue aux Saintes (Guadeloupe) en 1868-1869.

— *Arrêté du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts en date du 19 juillet 1891* : Est nommé officier de l'instruction publique, M. le D^r PIERRER (Antoine-Auguste), professeur de la clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine de Lyon ;

Sont nommés officiers d'Académie : MM. les D^{rs} BOUBILA (Henry), médecin en chef de l'asile d'aliénés de Marseille, et GUIMBAIL (Henri-Marie-Michel), médecin-adjoint de la maison de santé Esquirol, à Ivry (Seine) ; MM. BOURNOVILLE (Jean-Baptiste-Charles), commis principal, attaché au secrétariat de la maison nationale de Charenton, et REQUIER (Paul-Joseph), pharmacien en chef à l'asile d'aliénés de Villejuif.

— *Arrêté du 11 juillet 1891* : Sont promus pour prendre rang à partir du 1^{er} juillet 1891 :

A la classe exceptionnelle de leur grade (8,000 fr.), MM. les D^{rs} CULLERRE, directeur-médecin de l'asile de la Roche-sur-Yon (Vendée), et LANGLOIS, médecin en chef de l'asile de Maréville (Meurthe-et-Moselle) ;

A la 1^{re} classe de leur grade (7,000 fr.), MM. les D^{rs} GERMAIN CORTYL, directeur-médecin de l'asile de Saint-Venant (Pas-de-Calais), et BOUBILA, médecin en chef de l'asile Saint-Pierre, à Marseille.

Sont promus à la 2^e classe de leur grade (6,000 fr.), M. DE-

NIZET, directeur de l'asile de Cadillac (Gironde), pour prendre rang à partir du 1^{er} avril 1891, et M. le D^r GUYOT, médecin-directeur de l'asile de Châlons (Marne), pour prendre rang à partir du 1^{er} septembre 1891.

Sont promus à la classe exceptionnelle de leur grade (4,000 fr.), pour prendre rang à partir du 1^{er} juillet 1891, MM. les D^{rs} DÉRICQ, médecin-adjoint de l'asile de Prémontre (Aisne), et BOITEUX, médecin-adjoint de l'asile de Clermont (Oise);

A la 1^{re} classe de leur grade (3,000 fr.), MM. les D^{rs} JULES SIZARET, médecin-adjoint de l'asile de Châlons (Marne), pour prendre rang à partir du 1^{er} mai 1891, et GILBERT PETIT, médecin-adjoint de l'asile d'Alençon (Orne), pour prendre rang à partir du 1^{er} juillet 1891.

— *Arrêté du 15 juillet 1891*: Sont promus pour prendre rang à partir du 1^{er} juillet 1891, à la 1^{re} classe de son grade (7,000 fr.), M. le D^r VALLON, médecin en chef de l'asile de Villejuif (Seine); à la 2^e classe de son grade (6,000 fr.), M. le D^r PAUL DUBUISSON, médecin en chef de l'asile Sainte-Anne (Seine).

Est promu à la classe exceptionnelle de son grade (4,000 fr.), pour prendre rang à partir du 1^{er} août 1891, M. le D^r LEGRAIN, médecin-adjoint de l'asile de Vaucluse (Seine).

— *Arrêté du 28 juillet 1891*: M. le D^r MALFILATRE, médecin-adjoint à l'asile de Bailleul (Nord), est nommé médecin-adjoint à l'asile de Quatre-Mares (Seinc-Inferieure) et maintenu dans la 1^{re} classe (3,000 fr.).

— *Arrêté du 13 août 1891*: M. le D^r SÉRIEUX, médecin-adjoint à l'asile de Vaucluse, est nommé médecin-adjoint de l'asile de Villejuif (poste créé), et est maintenu dans la 2^e classe de son grade (2,500 fr.);

M. le D^r ROUILLARD, chef de clinique des maladies mentales, médecin-adjoint à l'asile Sainte-Anne, est nommé médecin-adjoint à l'asile de Villejuif (poste créé), et est maintenu dans la deuxième classe de son grade (2,500 fr.)

ORÉATION D'UN SERVICE DE MÉDECINE MENTALE DANS LES PRISONS DE LA BELGIQUE.

Rapport au roi.

Bruxelles, le 28 mars 1891.

SIRE,

Le nombre des détenus qui, au cours de leur incarcération, donnent des signes, vrais ou simulés, d'altération des facultés intellectuelles, est relativement élevé.

La discipline exige que les détenus qui simulent la folie soient soumis à des mesures de correction ; il est donc indispensable que l'administration soit renseignée sûrement et promptement sur l'état mental des détenus dont la conduite, contraire à l'ordre intérieur de la prison, offre les apparences de la démenée. L'humanité commande, d'ailleurs, de soustraire, sans délai, au séjour de la prison ceux dont l'état mental réclame des soins qu'ils ne peuvent recevoir que dans un asile d'aliénés.

Les instructions en vigueur prescrivent de mettre immédiatement en observation les détenus chez lesquels des symptômes d'aliénation mentale se sont manifestés ; mais l'appréciation de ces symptômes et la constatation rapide et sûre de la simulation ou de la maladie exigent généralement une connaissance approfondie de la médecine mentale. Aussi le concours des médecins dont la spécialité consiste dans le traitement des affections psychiques est-il fréquemment réclamé.

Je pense que, dans l'intérêt d'une bonne organisation du service médical des prisons, il convient que des médecins aliénistes soient adjoints, d'une façon permanente, au personnel de ce service.

Tel est, Sire, l'objet de l'arrêté que j'ai l'honneur de soumettre à la signature de Votre Majesté.

Le ministre de la justice,

JULES LE JEUNE.

Règlement du service de médecine mentale.

Le Ministre de la justice,

Vu l'arrêté royal en date du 30 mars 1891, instituant un service de médecine mentale dans les prisons,

Arrête :

Article 1^{er}. — Les établissements pénitentiaires sont répartis, au point de vue du service de médecine mentale, en trois circonscriptions. Ces circonscriptions comprennent :

La première, les prisons de Gand (centrale et secondaire), Termonde, Audenarde, Bruges, Courtrai, Furnes, Ypres, Anvers, Malines et Turnhout ;

La seconde, les prisons de Louvain (centrale et secondaire), Liège, Verviers, Huy, Arlon, Marche, Neufchâteau, Tongres et Hasselt ;

La troisième, les prisons de Bruxelles, Saint-Gilles, Nivelles, Mons, Charleroi, Tournai, Namur et Dinant.

Article 2. — Le service de médecine mentale est assuré, dans chacune de ces circonscriptions, par un médecin aliéniste.

En cas d'absence ou d'empêchement d'un médecin aliéniste,

l'administration centrale désigne, pour le remplacer, le médecin aliéniste d'une autre circonscription.

Les médecins aliénistes préviennent l'administration centrale chaque fois que leur absence ou leur empêchement doit se prolonger au delà de huit jours.

Article 3. — Le médecin aliéniste, dès qu'il sera averti par le directeur de l'établissement pénitentiaire placé dans sa circonscription, que la conduite d'un détenu présente quelque anomalie qui donne lieu de suspecter son état mental, procédera sans délai à une exploration du détenu signalé et en fera rapport à l'administration centrale.

S'il constate l'aliénation mentale du détenu, il délivrera immédiatement au directeur de l'établissement le certificat prévu à l'article 8, § 2 de la loi des 18 juin 1850 et 21 décembre 1873 sur les aliénés.

Article 4. — Les médecins aliénistes procéderont, en outre, dans leurs circonscriptions respectives, à des vérifications médicales relatives à l'état mental des détenus, chaque fois qu'ils en seront requis par l'administration centrale.

Ils consigneront le résultat de leur examen dans un rapport qu'ils adresseront à l'administration et, le cas échéant, délivreront un certificat d'aliénation mentale ainsi qu'il est dit à l'article 3, § 2 ci-dessus.

Article 5. — Les médecins aliénistes pourront prendre connaissance du dossier de l'écrou de chacun des détenus soumis à leur examen; le personnel de la prison leur fournira, concernant ces mêmes détenus, tous les renseignements qu'ils jugeraient utiles à l'accomplissement de leurs fonctions.

Article 6. — Les médecins aliénistes exercent leurs fonctions sous l'autorité du ministre. Les dispositions des instructions en vigueur, relatives aux communications à faire par les médecins des prisons à l'inspecteur général du service de santé ne leur sont point applicables.

Bruxelles, le 25 mai 1891.

JULES LE JEUNE.

Ont été désignés pour ces fonctions :

Dans la première circonscription, M. MOREL, médecin en chef de l'hospice Guislain, à Gand.

Dans la seconde circonscription, M. MASOIN, professeur à l'Université de Louvain.

Dans la troisième circonscription, M. SEMAL, médecin-directeur de l'asile des aliénés, de Mons (1).

(1) Ces documents officiels sont empruntés au *Bulletin de la Société de médecine mentale de Belgique*, numéro de juin 1891.

LE CONGRÈS DE LYON A L'ASILE DE GRENOBLE.
DISCOURS DE M. LE D^r DUFOUR.

Le deuxième Congrès annuel de médecine mentale a eus sa deuxième session par une excursion à l'asile d'aliénés de Saint-Robert, près Grenoble. La majorité des membres y ont pris part et ont visité ce magnifique établissement, dont le médecin-directeur, notre excellent collaborateur, M. le D^r Dufour, a fait l'historique dans le discours suivant qu'il a prononcé avant la visite de l'asile.

« MESSIEURS,

« C'est un honneur et une fête pour l'Asile de Saint-Robert de recevoir, aujourd'hui, les visiteurs éminents qui nous entourent. Je les remercie d'avoir répondu à notre invitation.

« Empêché de participer aux travaux du Congrès de Lyon, je suis heureux de pouvoir saluer quelques-uns de ses membres, et particulièrement ceux de nos confrères étrangers qui ont bien voulu venir jusqu'ici. Je sais gré également à MM. les membres du Conseil général, ici présents, et à la municipalité de Saint-Egrève, d'avoir bien voulu prendre place parmi nous. M. le préfet de l'Isère, retenu par des engagements antérieurs, m'a exprimé tous ses regrets de ne pouvoir présider lui-même cette réception.

« Vous allez, dans quelques instants, parcourir notre établissement. L'asile de Saint-Robert a été installé, au commencement du siècle, sur l'emplacement d'un ancien prieuré, datant de l'an 1000. Il a été agrandi et reconstitué, il y a trente ans, sous l'administration du D^r Evrat, son véritable fondateur.

« Evrat, dont un de nos pavillons porte le nom, a laissé dans ce pays un souvenir impérissable.

« Avant lui, l'établissement de Saint-Robert était une prison horrible et puante, renfermant les aliénés, les filles-mères, les vénériennes. Après des luttes contre tous, qui ont empoisonné son existence, il parvint à imposer sa volonté, qui était celle de la science et de la raison, et le nouvel asile fut créé.

« Plus heureux que lui, nous pouvons voir, aujourd'hui, le gouvernement de la République faire de plus en plus et sans conteste, à la science, la part qui lui appartient dans la direction des affaires qui sont de sa compétence principale.

« Il n'en était pas toujours de même, à une autre époque.

« Evrat, dit le D^r Berthier, dans ses excursions scientifiques de 1862, représente la lutte sous toutes ses faces : avec soi, avec ses semblables, avec ses chefs, avec ses subalternes ; lutte de l'esprit du bien contre l'esprit du mal, du progrès contre la routine, de la science contre l'ignorance et le parti pris.

« Cet homme, qu'on a appelé, dans son temps, *le martyr de*

la spécialité, a eu néanmoins la satisfaction d'achever, en grande partie, son œuvre.

« Elle lui fait honneur, ainsi qu'à ceux qui l'ont soutenu; elle fait honneur au conseil général de l'Isère, qui a toujours entouré l'asile de sa bienveillante sympathie.

« La postérité impartiale, a dit l'écrivain que nous venons de citer, réserve à Evrat une place parmi les bienfaiteurs de l'humanité.

« Oui, Messieurs, Evrat, dont la douce physionomie nous domine, fut un de ces hommes, et je remplis un pieux devoir en rendant hommage à sa mémoire.

« L'asile de Saint-Robert, conçu primitivement sur un plan de pavillons isolés, pour quatre cents malades, a été successivement agrandi et en renferme aujourd'hui plus de neuf cents. La superficie est de plus de 45 hectares, dont 10 environ occupés par les bâtiments. Il a coûté un peu moins de 2 millions de francs en achat de terrains et en constructions, soit environ 2,000 francs par place, ce qui est assurément peu, étant données la dissémination et l'importance des bâtiments.

« Nos ressources sont modestes, aussi ne trouverez-vous rien de luxueux ni de superflu dans la maison. Nous nous efforçons de rendre notre action aussi paternelle que possible et d'amoinrir l'idée de séquestration, dans ce qui entoure nos malades. En parcourant l'établissement, vous verrez que la contrainte corporelle est ici à peu près totalement abolie, la camisole de force n'y est employée que deux ou trois fois l'an, dans des circonstances temporaires et exceptionnelles, lorsqu'il s'agit de prémunir l'aliéné contre lui-même.

« Vous avez sous les yeux le plan de l'asile, dont l'exécution appartient à MM. Riondel père et fils, les architectes émérites, qui ont réalisé, dans leurs constructions, les indications fournies par les médecins. Dans quelques instants, vous visiterez nos pavillons, nos services administratifs, notre colonie agricole. L'asile, dont les besoins se modifient chaque jour, s'agrandit sans cesse. Aidé des conseils éclairés de la Commission de surveillance, nous tâchons de l'adapter, pour le mieux et selon nos moyens, aux nécessités croissantes du moment; tout est loin d'y être complet ni fini. Nous nous estimerons heureux, nos collaborateurs et moi, si, cette journée terminée, nous pouvons compter sur l'approbation de nos hôtes. »

UNE FAMILLE D'ALIÉNÉS

Une famille de persécutés. — On lit dans le *Temps* (numéro du lundi 24 août 1891):

« Toute une famille du quartier du Temple, père, mère, enfant, est atteinte du délire de la persécution. Le père est

coupeur d'habits. Il a quitté Nice pour venir s'installer à Paris.

M. Borriglione, député de Nice, est, pour lui, le mauvais génie qui le harcèle et le persécute.

Il y a quelques jours, il exposait, dans une lettre au préfet de police, ses plaintes et ses griefs contre le député de Nice. M. Lozé renvoya la lettre à M. Martin, commissaire de police du quartier, avec prière d'ouvrir une enquête sur l'état mental du signataire.

Le magistrat manda la femme du tailleur. Il lui demanda pourquoi son mari éprouvait une si grande terreur au seul nom de M. Borriglione. Mais, à la stupéfaction du commissaire, voilà que la pauvre femme s'irrite et raconte à son tour les histoires les plus incroyables. A la naissance de son dernier enfant, dit-elle, le député lui envoya une sage-femme qui fit sur le corps du nouveau-né des incisions profondes. Ces coups de couteau n'ayant pas tué l'enfant, depuis, M. Borriglione a posté sur le passage de sa fille des agents mercenaires, prêts à la tuer.

Le mari, interrogé, confirma et exagéra même le récit de sa femme.

M. Martin fit alors venir le fils, un grand jeune homme de vingt ans. Le fils était atteint du même mal que son père et sa mère ; et enfin, la petite fille elle-même, qui a dix ans à peine, celle qui aurait été si maltraitée par la sage-femme, a déposé dans le même sens que ses parents.

Que font ces malheureux toqués, réunis en famille ? Ils parlent de M. Borriglione. C'est leur bête noire, leur préoccupation de tous les instants. Ils le maudissent et ont une peur terrible de lui. Le commissaire de police a jugé prudent de soumettre tous ces étranges monomanes à une surveillance étroite. »

FAITS DIVERS

Suicide d'un officier de marine. — On écrit de Brest à l'*Éclair* (numéro du dimanche 6 septembre 1891) : « Cette nuit, vers trois heures et demie, le factionnaire de service sur le pont du croiseur *Suffren*, amarré dans l'arsenal, entendit du côté de la rive droite de la Penfeld, en face des bureaux du génie maritime, le bruit d'un corps tombant dans l'eau. Il en informa aussitôt le maître d'équipage et tous deux se portèrent dans un canot vers le point où le bruit s'était fait entendre. Ils trouvèrent, se débattant dans l'eau, le premier maître de manœuvre, Le Chalt, nommé récemment au commandement de l'ancien transport *le Rhin*, affecté comme poste aux torpilleurs. Ils purent saisir Le Chalt et le transportèrent au poste central des pompiers de la rive gauche, où l'on s'aperçut que le malheureux avait la gorge ouverte. Il fut conduit à l'hôpital maritime.

Les versions les plus diverses circulaient sur cet événement. La vérité est que depuis quelque temps les facultés de Le Chalt étaient fort affaiblies. Une visite dans sa chambre, à bord du *Rhin*, a fait constater la présence d'une marc de sang. Dans un accès d'aliénation mentale, Le Chalt a essayé, de se couper la gorge et s'est ensuite jeté à l'eau. »

Un amoureux de la reine Victoria. — On lit dans le *Temps* (numéro du 24 juillet 1891) :

« Mardi dernier a comparu devant le tribunal de police de Bury un nommé Alfred Carter, accusé d'avoir adressé des lettres irrespectueuses à la reine Victoria. Ces lettres contenaient des déclarations d'amour, une demande en mariage et en même temps des demandes d'argent avec menaces en cas de refus.

Le prévenu a déclaré que, s'étant trouvé une fois sur le passage de la reine, à Windsor, il lui avait paru que la souveraine lui souriait d'une façon particulièrement gracieuse et c'est cela qui l'a poussé à lui écrire des lettres.

Examiné par les médecins experts, Alfred Carter a été reconnu fou et il a été envoyé dans une maison d'aliénés. »

Le suicide à Berlin. — Le ministre de la justice de Prusse vient d'inviter les différents directeurs des hôpitaux de Berlin à lui transmettre leurs appréciations sur les causes des suicides dont le nombre va en augmentant d'une façon effrayante dans la capitale. Du 1^{er} juillet au 15, il y en a eu, à Berlin, cent quarante-sept. La plupart des chefs de service dans les cliniques attribuent ces suicides à l'abus croissant du schnaps ou eau-de-vie de pommes de terre, que les Berlinoises ont pris l'habitude, depuis peu, de boire avec la bière. (Le *Temps*, numéro du 29 juillet 1891.)

Une famille de suicidés par pendaison. — Le *Temps* (numéro du mardi 8 septembre 1891) rapporte le fait divers suivant : « Toute une famille adoptant le même genre de suicide, la pendaison, voilà un fait assurément extraordinaire. Cette famille s'appelle Leclercq et demeure rue Barbette. Quatre des membres se sont successivement donné la mort dans cette maison. Ils avaient planté un solide crochet dans une poutre; auquel ils attachaient une corde qu'ils se passaient ensuite autour du cou. C'est là qu'ils venaient tous mourir. Avant-hier, un jeune homme de vingt-huit ans, Charles, qui restait, avec sa sœur âgée de dix-huit ans, seul de cette famille, a suivi l'exemple de ses parents. Il a été trouvé pendu au mur, cette fois, à un clou, et M. Lanet, commissaire de police, a fait les constatations d'usage. »

Le Rédacteur en chef-Gérant : ANT. RITTI.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES
JOURNAL
DE
L'ALIÉNATION MENTALE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS


Pathologie

L'ALIÉNATION MENTALE

CHEZ LES DÉGÉNÉRÉS PSYCHIQUES

Par le D^r H. DAGONET

Suite et fin (1)

TROUBLES MORAUX OBSERVÉS CHEZ LES DÉGÉNÉRÉS
PSYCHIQUES

La perversion, l'affaiblissement *du sens moral* caractérisent toute une catégorie de dégénérés psychiques ; nous retrouverons dans ce cas, chez ces individus, lorsqu'ils deviennent aliénés, les diverses manifestations de cette affection que l'on a désignée sous le nom de folie morale. Dans cette forme de délire, rentrent les obses-

(1) Voyez les *Annales* de juillet-août et septembre-octobre.

sions et les impulsions dangereuses dont l'on trouve la description, avec les détails nécessaires, dans les ouvrages classiques.

La folie morale, comme le remarque justement Flemming, doit être considérée comme un trouble mental, dont le symptôme principal est la perturbation du sens moral. Elle est heureusement rare, et les troubles accentués dans l'ordre moral ne sauraient exister longtemps dans une sorte d'isolement, sans s'associer à certains moments à des anomalies manifestes du côté de l'intelligence; mais celles-ci peuvent être pendant quelque temps impossibles à constater.

Tous ceux, dit Maudsley, qui ont écrit sur l'aliénation mentale, sont contraints par l'observation des faits à reconnaître qu'il est pour cette affection des variétés où le délire n'existe pas, une folie où il y a principalement insanité du jugement et de la conduite, une classe où l'on observe les dangereuses propensions à l'homicide, au suicide, à d'autres actes dangereux (*op. cit.*, p. 125).

La *folie impulsive* est bien certainement le type le plus remarquable de la folie morale. Les auteurs la considèrent généralement comme une forme d'aliénation mentale, particulièrement liée à un état de dégénérescence psychique.

En dehors de la prédisposition héréditaire, les excès alcooliques, et les attaques d'épilepsie sont une cause fréquente, provocante, du développement de cette maladie.

Nous nous bornerons à rappeler à ce sujet quelques observations que nous avons déjà présentées ailleurs. (Delasiauve. *Journal de médecine mentale*, t. IX, p. 356.)

Trélat cite l'exemple d'une malade qui, de temps à autre, est prise d'un accès de manie morale. Alors elle devient nui-

sible et dangereuse pour ses voisins. Elle les pousse, les pique, les pince, elle place sur leur chaise un corps étranger qui puisse leur faire du mal au moment où elles vont s'asseoir. Elle s'empare de leur ouvrage, le coupe, le salit et le remet bien vite à sa place; elle accuse les personnes qui l'entourent, invente les imputations les plus artificieuses, déchire les objets, les rideaux de fenêtre, etc... Cette hypocrite a les meilleures armes à son service; elle est presque toujours lucide et conserve dans ses accès l'apparence du calme le plus profond; on doit ajouter qu'il existe plusieurs aliénés dans sa famille. (Trélat, *op. cit.*, p. 302).

X..., placé à l'asile Sainte-Anne en 1870, nous présente un exemple remarquable de cette sorte de folie morale. Il est âgé de vingt-six ans et, malgré son âge peu avancé, son existence n'a été qu'une longue série d'actes bizarres, désordonnés, immoraux, le plus souvent excentriques, dont il a parfaitement conscience et qui le plus souvent sont réfléchis et très bien combinés.

Il appartient à une famille honorable, qui, n'ayant sur lui aucun moyen d'action, avait dû l'abandonner à lui-même.

Cet individu semble presque toujours côtoyer les limites de la folie, il est très intelligent, mais sa conduite est bizarre; elle témoigne, dans tous les cas, d'une absence totale de sens moral.

Placé vers l'âge de quatorze ans, d'abord au séminaire, puis au collège, il se fait renvoyer pour cause d'insubordination. Embarqué à l'âge de dix-huit ans comme mousse, puis expédié en Afrique après avoir signé un engagement militaire, il se fait licencié trois mois après.

De retour dans son pays, il s'engage dans l'armée belge, déserte, vient à Paris, se présente au supérieur du grand séminaire auquel il fait accroire qu'il veut se faire prêtre, est envoyé dans une maison religieuse qu'il quitte peu de temps après, retourne en Belgique où il se fait arrêter et condamner comme déserteur.

Gracié au bout de quelques mois, puis réincorporé, il déserte de nouveau. Condamné une deuxième fois, il est de nouveau gracié à l'avènement de Léopold II.

Nommé instituteur, il se marie malgré le consentement de ses parents et quitte sa femme après quatorze jours de mariage. Destitué de son emploi, il tombe bientôt dans une extrême misère.

Alors il se procure de faux papiers, se rend en Hollande et, sous un nom supposé, contracte un engagement pour les Indes. Il touche une prime de 160 florins. Nommé sous-officier et détaché au bureau topographique, il gagne, tant à Java qu'à Batavia, 60 florins par mois. L'ennui ne tarde pas à le prendre; il simule une maladie, se fait réformer et revient à Rotterdam, où il reçoit comme sous-officier une nouvelle gratification de 300 francs.

Puis il rentre à Paris où il se livre à toute une série d'escroqueries, passe son temps dans les cafés, vend ses habits, se fait entretenir par une ouvrière qu'il quitte lorsqu'elle a épuisé ses ressources, fait des dépenses de voiture et de consommation qu'il ne peut payer et se fait arrêter.

A son arrivée à Sainte-Anne, il présente des symptômes de délire ambitieux, mais il prétend avoir exagéré cette disposition d'esprit et s'être fait une sorte de plaisir d'induire en erreur même le médecin chargé de son observation.

Il n'en est pas moins vrai que sous l'influence de la moindre excitation, ce malheureux jeune homme ne se domine plus, qu'il perd tout empire sur lui-même et qu'il n'a plus la conscience des actes auxquels il se livre. Il insulte alors sans motifs les agents de l'autorité et, pour peu que son exaltation prenne des proportions plus grandes, on le voit aussitôt présenter des troubles intellectuels manifestes. Il est alors dominé par les idées ambitieuses les plus absurdes : il se dit le fils de grands personnages; toutefois, il montre dans ce cas encore une disposition à exagérer sa folie, comme si, même dans cet état, il conservait encore en partie la conscience de sa position, etc.

La nature étrange des faits, le contraste d'une raison saine en apparence, avec la manifestation d'anomalies bizarres et d'actes inexplicables, tout contribue à accroître les difficultés et l'incertitude dans l'esprit des magistrats qui viennent alors douter de notre science et des expertises les plus consciencieuses.

Elle est heureusement bien rare, cette catégorie de fous dont les déterminations imprévues, réalisées dans des conditions absurdes et sans aucune des précautions prises par les criminels ordinaires, causent notre profond étonnement par l'absence de motifs et sont même en

désaccord avec l'éducation, les sentiments, la conduite antérieure. Rien à l'extérieur ne trahit la compromission intellectuelle. Le malade regrette le fait accompli, mais il ne manifeste aucun remords. C'était une chose fatale, il était poussé par une force irrésistible.

X... se présente lui-même chez le commissaire de police, il est d'un extérieur distingué et âgé de vingt-cinq ans, il a la conscience parfaite de la maladie mentale dont il est atteint. Il s'exprime avec une grande facilité. « Je suis, dit-il au commissaire de police, maître d'études au collège de X... et je viens demander de me faire admettre à l'asile Sainte-Anne, Monomane, sans être fou, j'éprouve l'irrésistible envie d'étouffer un enfant.

« Au milieu de longues nuits, continue-t-il, sans sommeil, le bruit de la respiration des élèves confiés à mes soins suscite en moi d'étranges sensations. Plusieurs fois je me suis levé, pressé du désir d'en immoler un. Sur le point de lui étreindre le cou, j'ai pu, faisant appel à l'énergie de ma raison, résister jusqu'à présent à la force mystérieuse qui me pousse au crime. Mais je suis à bout de lutte et aujourd'hui, pour me rendre à votre cabinet j'ai évité la vue d'un enfant ; car s'il s'en fût rencontré un sur mon passage, je l'aurais certainement étranglé. »

Il existe chez X... des antécédents héréditaires : son grand-père avait été aliéné, son père passait pour original et instable.

Jeune, il s'était montré intelligent et avait eu souvent les premières places dans ses classes. Mais, d'une imagination ardente, il était impérieusement entraîné à l'imitation, il admirait Erostrate et il éprouvait le besoin, à l'instar du célèbre incendiaire, d'accomplir des choses extraordinaires.

Au lycée, son indocilité lui attirait des punitions incessantes ; chassé de l'établissement, on l'embarque comme mousse, puis dégoûté du métier de marin, il rentre dans un autre lycée pour achever ses études, on le cite comme modèle ; revenu chez lui, il a des discussions avec son père, alors il s'engage dans un régiment de zouaves en Afrique. Après avoir fait plusieurs expéditions en Kabylie, il obtient un congé ; son père lui remet à sa majorité une somme de 14,000 fr., sa part de l'héritage maternel, qu'il dépense en moins de six mois.

Bientôt il est pris d'accès impulsifs, il ne peut trouver de

tranquillité nulle part, court d'un hôtel à l'autre, part pour Marseille et revient à Paris par le train suivant, s'engage pour l'insurrection polonaise comme sous-lieutenant d'un bataillon de chasseurs, assiste à plusieurs rencontres, est signalé pour sa valeur. Fait prisonnier, il est rendu à l'Autriche et ramené en Bavière.

Loin d'être effrayé par le péril, il retrouvait dans l'agitation d'une mêlée ardente comme un élément favorable au repos de son esprit.

Il mène ensuite une vie aventureuse dont le détail augmenterait inutilement cette observation. Bientôt cette disposition d'esprit fait place à des accès, pendant lesquels il est soumis à *d'étranges impulsions et à une force irrésistible*.

On l'enferme une première fois, à sa demande, dans un asile d'aliénés ; le médecin de l'asile lui-même ne reconnaît aucun signe d'aliénation mentale, des amis interviennent, scandalisés d'une séquestration qu'ils prétendent arbitraire et X... presque malgré lui est remis en liberté.

Dans ses accès de mélaucolie la pensée lui vient qu'il est dans sa destinée de devenir criminel et, alors, il pense qu'il lui faut tuer quelqu'un. Il a peur la nuit, bien qu'il n'ait pas d'hallucinations. Il a la conscience de son triste état, il s'en alarme et s'inquiète en présence de son impuissance à surmonter de si fâcheuses dispositions.

Pendant de longues périodes il mène une vie calme et régulière. Lorsque la crise l'envahit, il cherche par tous les moyens possibles à échapper à l'indéfinissable malaise qui le saisit. Poussé par une force invincible, il fait tout alors avec fougue et passion, il cherche à s'étourdir en fréquentant les lieux bruyants ; des sensations étranges, plus ou moins fugitives se succèdent et se confondent dans son esprit. Il en a conscience, il cherche à les dominer, il manifeste une profonde horreur pour les actes auxquels ses impulsions l'exposent. Il n'est ni immoral, ni débauché ; tant qu'il est calme, on le voit rangé, appliqué, régulier, studieux, économe. Ses écarts ne commencent qu'avec les accès dont ils constituent le symptôme prédominant. C'est alors que les mauvaises pensées assiègent son esprit et brisent les ressorts de sa volonté ; un pouvoir invincible s'empare de lui et il n'a de repos que s'il se sent sous une protection.

Un soir, couché dans le dortoir des élèves d'un collège où il remplit depuis peu de temps les fonctions de maître d'études, la pensée lui vient de tuer un élève dont la turbulence l'agaçait ;

mais il n'avait près de lui rien qui pût lui permettre de l'exécuter.

Il aurait accompli sans hésitation le meurtre auquel il était poussé, si l'instrument qui aurait pu lui servir, s'était à ce moment offert à ses yeux. Quelques minutes après, la réaction se fait, il se met à pleurer en se disant : « Mais, je suis donc destiné à devenir fou, il y a donc une fatalité qui me pousse. »

Il avait pleinement la conscience de ce qui se passait en lui, du trouble et de l'oppression morale qui le dominaient et contre lesquels il se sentait incapable de réagir. L'intelligence était conservée, la volonté affaiblie ne pouvait plus opposer la force de résistance nécessaire contre les mauvaises pensées qui venaient l'obséder.

Les accès impulsifs ont été nombreux chez ce malade, ils ont toujours présenté le même caractère; nous n'insisterons pas davantage à ce sujet.

Nous citerons encore l'exemple suivant comme un type de dégénéré impulsif.

X... entre à l'asile Sainte-Anne au mois de septembre 1881; le certificat délivré par le D^r Legrand du Saulle constate les symptômes suivants : absences momentanées de lucidité et de raison, fugues inconscientes (excursions inopinées à Asnières), impulsions pathologiques, idées de suicide, tentatives d'empoisonnement et de submersion, promenades nocturnes dans les cimetières; demi-conscience de son état.

Il nous explique que son père est mort à Schirmeck (Vosges), suite de lypémanie, il aimait à se réfugier dans les bois. Lui-même, étant jeune, croyait aux revenants et il était comme poussé à aller le soir se promener dans les cimetières.

Il est âgé de trente-cinq ans, il a fait ses classes au petit séminaire, mais il n'a pu passer l'examen du baccalauréat. Il a servi comme militaire et il a été fait prisonnier à Sedan. Revenu à Paris il s'est occupé d'écritures, puis a travaillé dans une pharmacie.

Il est pris à certains moments d'un grand découragement, Il avait acheté un revolver dans le but de se suicider. Il est poussé à faire de longues promenades, marchant devant lui sans but et ne se rappelant que très incomplètement les endroits où il allait; il a été arrêté à Asnières ne pouvant donner de renseignements.

Il lui prend quelquefois comme une sorte de rage intérieure ; il a alors des idées bizarres, il est poussé à faire du scandale, de l'esclandre, des actes déraisonnables, ce sont des accès qui lui durent cinq, six heures, puis, la crise passée, il comprend combien ce qu'il faisait était déraisonnable. Il lui semble qu'en faisant du scandale il provoquera une crise qui le guérira.

Doit-on admettre, comme le pense le D^r Paul Garnier, une zone intermédiaire entre le crime et la folie, ce que la clinique démontre selon lui ?

Il existe, en effet, une catégorie d'individus dont l'existence se partage entre la prison et l'asile ; de ces irréguliers, pour me servir de son expression, louvoyant sur les frontières du crime et de la folie, ayant pour caractère d'être avant tout des êtres dangereux, qu'il est impossible de conserver dans les asiles, et dont la place n'est pas davantage dans les maisons de détention. (*Le criminel instinctif*. Congrès international de médecine légale, tenu à Paris, en 1889, et *Ann. d'hyg.*, mai 1890.)

L'observation suivante nous a paru digne d'être rapportée comme un exemple de folie impulsive survenue à la suite de traumatisme crânien.

Il y a quelques jours, un homme d'une taille et d'une carrure extraordinaires se présentait au commissariat de la rue de Poissy. « Arrêtez-moi, dit-il, sans cela je tuerai quelqu'un. » Puis il fit l'étrange déclaration que voici :

« Je m'appelle François M... ; j'ai quarante-six ans. A la guerre de 1870, j'étais cuirassier de Reichshoffen ; j'ai reçu une blessure à la tête, et les Allemands, après m'avoir fait prisonnier, m'ont emmené dans leur pays. La guerre terminée, je suis revenu en France, j'ai pris mon congé et peu de temps après j'entrais comme surveillant dans un asile d'aliénés.

« On dit qu'un homme, à force de vivre avec les fous, devient fou lui-même. Ça, c'est bien vrai, monsieur le commissaire. Tous les jours, je craignais d'être atteint de folie, et puis ma blessure me faisait mal. Un beau matin je me sentis bouleversé, des idées me venaient que je n'avais jamais eues, des idées bizarres, des idées de fou : ma raison s'en allait.

« A partir de ce moment, j'ai vécu dans un état intermédiaire entre la raison et la folie, tantôt obéissant à l'une, tantôt dominé par l'autre, jusqu'au jour terrible où tout à coup l'idée de tuer quelqu'un s'est imposée à moi. Je ne voulais pas, je me faisais horreur à moi-même ; mais je sentais que je ne pourrais pas m'en empêcher. Alors j'ai quitté cette maudite maison, cherchant à me guérir, à me donner des idées gaies ; je me suis dit : « Allons à Paris, on s'amuse là-bas. » Et je suis parti.

Ces jours derniers, j'étais dans les environs de Paris, à Conflans, au milieu des bois ; j'étais seul ; des enfants vinrent jouer à côté de moi ; ils étaient bien gentils, et pourtant l'idée affreuse du crime revint, si forte, que je me disposais à étrangler ces petits êtres. Ils s'enfuirent en poussant des cris ; et je revins, ayant peur de moi-même, craignant d'être un criminel. Oui, monsieur le commissaire, quand je vois quelqu'un seul, il faut que je le tue, il le faut ; c'est plus fort que moi. »

Le commissaire l'a envoyé à l'Infirmerie du Dépôt. — (*Le Temps*, 5 novembre 1889.)

Les conceptions multiples, le mélange de folie morale et intellectuelle, forment également un signe caractéristique de dégénérescence chez une certaine catégorie d'aliénés. L'observation suivante nous a paru intéressante à ce point de vue.

V..., âgé de quinze ans, est atteint d'aliénation mentale partielle, dit le certificat du D^r J. Falret, avec prédominance d'hallucinations de l'ouïe et de la vue, et avec l'idée dominante qu'il a assassiné une jeune personne qui est maintenant au ciel et qui lui donne des ordres qu'il exécute ponctuellement. Sous l'influence de ces idées délirantes et de plusieurs autres qui viennent s'y ajouter, il est poussé au suicide et à des actes qui le rendent dangereux. Tantôt il s'imagine qu'il est une femme et qu'il doit se vêtir en conséquence pour représenter sur la terre celle qu'il dit avoir assassinée ; tantôt il croit qu'il doit jouer la folie et il se livre alors volontairement à des actes désordonnés ou à des cris perçants pour se faire placer dans la section des agités ; enfin, il dit qu'il doit se jeter à la Seine pour arriver plus vite au ciel, ou bien accomplir un voyage pour obéir à celle qui lui donne des ordres du haut du ciel.

Ce jeune homme n'offre aucun symptôme de débilité mentale, il est plutôt intelligent, il paraît surtout aimer à jouer un rôle, il prétend qu'il a fait des romans et qu'il a gagné de l'argent en les vendant ; à plusieurs reprises il a disparu de chez lui ; une fois il est resté quinze jours absent après avoir pris 1,500 francs à sa mère ; à son retour, il a prétendu avoir été en Afrique, il rapporte 1,000 francs. Une autre fois, il disparaît après s'être habillé en fille ; il rentre quelques jours après dans ce costume chez la concierge de sa mère, etc.

On remarque chez lui de l'orgueil et de véritables impulsions à faire le mal, surtout à commettre des vols ; il dit à son père que si on le met dans une maison de correction, il tuera le directeur.

Il présente une physionomie caractéristique, le front est bas, le regard exprime de l'intelligence, mais en même temps quelque chose de faux et de sinistre.

La perversion morale est très grande chez lui, il se plaît à tenir des conversations indécentes, il raconte qu'il a été avec des garçons de son âge se livrer à des actes de pédérastie près du Palais-Royal ; il aime surtout à dire devant sa sœur des choses inconvenantes. Il raconte aussi toutes sortes de men-songes.

Ce jeune homme s'est évadé de l'Asile, l'état de dégénérescence psychique était manifeste chez lui, il nous a été impossible de savoir s'il présentait une prédisposition héréditaire ; on avait remarqué chez lui, étant jeune, un caractère extrêmement changeant et une perversion morale précoce. Vers l'âge de quinze ans, à l'époque où nous avons pu l'observer, il fut pris d'accès d'aliénation mentale, caractérisés par un mélange de folie intellectuelle et de folie impulsive, l'une alternant quelquefois avec l'autre.

Les dégénérés, dit le D^r Motet, qui peuvent présenter des facultés très développées, brillantes même, sont souvent par accès absolument incapables de résister à des obsessions pathologiques, à des sollicitations instinctives que la volonté ne peut réprimer. Aussi longtemps que l'accès dure, ajoute Motet, l'obsédé ne s'appartient plus, ne se dirige pas, il subit sans résistance possible l'entraînement morbide, ce que l'on appelait autrefois la

mouomanie instinctive, que l'on rattache aujourd'hui au groupe des folies héréditaires. Dans les moments d'exaltation, l'individu perd sa présence d'esprit, il ne se possède plus, il n'est plus le maître de diriger ses facultés.

Le Dr Motet cite à ce sujet l'observation d'un de ces monomanes érotiques. « C'était, dit le malade, comme une exaltation de désirs extraordinaires, comme une attraction ; je m'approchais pour toucher les cheveux pendants, femme ou jeune fille ; je ne choisisais pas, je ne cherchais pas à l'avance, et quand j'avais touché, c'était une force surhumaine qui me possédait, quand j'avais les cheveux dans la main, il serait arrivé n'importe quoi, je n'aurais pas lâché prise ; quand je pouvais, je coupais et je m'enfuyais la main crispée sur les cheveux... Lorsque j'ai été arrêté, j'avais essayé plusieurs fois de m'approcher de la jeune fille, je n'avais pas pu y parvenir et j'étais encore plus excité, j'ai dû écarter les personnes qui me séparaient d'elle ; malgré l'effet produit sur moi par l'arrestation, je serais incapable de dire par où j'ai passé pour aller au poste ; *je n'ai recouvré ma présence d'esprit que plusieurs heures après.* (Ann. d'hygiène, avril 1891, p. 337.)

Cet état d'exaltation que le dégénéré est incapable de réprimer, est, dans quelques cas, provoqué à l'état normal par le simple fait de la volonté chez des individus nerveux et sous l'influence de circonstances particulières.

Des compositeurs, des artistes dramatiques peuvent arriver à déterminer chez eux l'exaltation qui doit engendrer des œuvres, amener des effets qu'ils tiennent à produire, seulement ils ont alors la force nécessaire pour les réprimer à un moment donné.

Dans la classe des dégénérés avec folie morale peuvent encore se placer ces jeunes gens, ces jeunes filles

qui ont présenté une perversité précoce, et qui répandent sur les personnes les plus honorables les accusations les plus perfides.

On sait que, d'une manière générale, les aliénés accusateurs se retrouvent dans les formes d'aliénation mentale les plus variables. Le malade dans le délire systématisé, sous l'influence de ses hallucinations de l'ouïe, porte contre les personnes de son entourage, contre le médecin surtout, les accusations les plus graves. Le mégalomane qui se croit appelé à remplir une mission religieuse, politique ou sociale, on qui se croit persécuté, devient facilement accusateur.

Les hypocondriaques sont, on le sait, la terreur du médecin qui les soigne; ils l'accusent d'avoir institué pour eux un traitement incendiaire, d'avoir aggravé leurs souffrances, plusieurs se sont livrés contre lui à des actes de violence redoutables. Des individus atteints de paralysie générale accusent, eux aussi, le médecin d'avoir volé leurs millions, etc. Les observations de ce genre sont faciles à trouver. Dans le cas qui nous occupe, il s'agit de dégénérés qui possèdent toute leur raison, mais qui, sous l'influence d'une rare perversité, ou simplement dans un but de chantage, commettent les actions les plus méchantes et les accusations les plus graves avec une prodigieuse habileté.

Nous avons connu une jeune fille, dont nous regrettons de ne pas avoir conservé l'observation, qui, sous ce rapport, présentait le type de la plus extraordinaire perfidie.

Devenue orpheline vers l'âge de dix-huit ans, elle est recueillie par son oncle et par sa tante qui lui témoignent la plus vive affection. Rien au dehors ne pouvait faire soupçonner l'espèce de folie morale dont elle était atteinte.

En apparence, elle donnait à ses parents les marques d'une grande tendresse, mais à sa tante elle faisait contre son oncle les confidences les plus légères, et de même confidentiellement auprès de son oncle elle accusait sa tante de tenir une conduite

odieux; tous deux avaient ajouté foi au langage persuasif de leur nièce et ils avaient fini par se brouiller complètement, jusqu'au moment où la perfidie de celle qu'ils avaient recueillie leur fût enfin démontrée. Placée dans l'établissement de Stephansfeld, elle ne cessait de faire les plus abominables dénonciations, accusant avec habileté les religieuses et d'autres personnes d'actions qu'elles étaient incapables de commettre et conservant toujours, même au milieu des périodes d'excitation, la plus grande lucidité.

Tous ces faits, dont on pourrait facilement multiplier les exemples, sont parfaitement connus des médecins aliénistes. Trélat cite plusieurs observations intéressantes à ce sujet. « Ces malades, dit-il, prennent irrésistiblement un vif plaisir à organiser des intrigues, à brouiller et à diviser ceux qui les entourent. On ne saurait croire jusqu'où peut aller l'habileté de ces aliénés à ourdir leurs complots, à prévoir les incidents, à prévenir les causes qui pourraient s'opposer à la réussite de leurs projets. » Pinel et Esquirol ont parlé de ces malades, Guislain leur a consacré de très belles pages.

Il rapporte (p. 225), l'observation d'une femme sur laquelle l'un des administrateurs des hôpitaux avait écrit cette annotation : « Esprit infernal, capable des plus grands méfaits. » Des méfaits de toute espèce, des larcins, des violences se commettaient à toute heure de la journée. Ils m'étaient racontés, dénaturés ou commentés par M^{me} de B... C'était le nom de cette personne, que je soupçonnai promptement, dit Trélat, d'en être l'auteur ou l'instigateur, malgré ses affirmations, ses serments et les alibi qu'elle établissait avec une habileté merveilleuse.

Cette personne avait été, dans ses séjours précédents, un véritable tourment pour le médecin, M. Pariset, qui s'était débarrassé d'elle à tout prix, jusqu'à lui remettre de l'argent et payer ses frais de diligence pour la renvoyer en Belgique, où elle disait avoir son grand-père.

Cette malade avait des périodes de calme où elle se montrait, en apparence, du moins, docile, attentive et affectueuse, trop affectueuse même, car on pouvait constater une série de conceptions

délirantes ou d'efforts de dissimulation. Sujette à des périodes d'agitation maniaque, elle conservait toujours, dans le cours même de sa plus grande excitation, la conscience parfaite de ce qu'elle faisait, de ce qu'elle disait, de ce qu'elle entendait. Et pourtant il était hors de doute qu'elle était aliénée.

Cette femme avait deux filles qu'elle avait prostituées, toutes deux fort intelligentes et douées d'une grande instruction, quoique leur mère était fort ignorante.

L'une d'elles mourut encore jeune, l'autre a été fréquemment condamnée pour vol. Elle savait et parlait plusieurs langues, dessinait et était musicienne; elle menait alternativement une existence régulière ou la vie la plus désordonnée et la plus perverse.

Il faut aussi ranger dans cette catégorie de dégénérés psychiques avec tendance à la folie morale, ces malheureux enfants qui portent contre les personnes les plus honorables des accusations graves qui ont rendu nécessaires dans quelques circonstances des expertises médico-légales.

M. le docteur Motet, dans une séance de la Société de médecine légale, rapporte les deux faits suivants de ce genre.

Au mois de mai dernier, une petite fille de quatorze ans était trouvée dans un jardin, vêtue simplement d'une chemise et d'une camisole; elle était en proie à une grande agitation et criait tout haut que son oncle avait voulu la violer. Une instruction fut ouverte; le médecin commis pour examiner l'enfant ne trouva aucune trace de violence.

Plus tard, on s'aperçut que cette fillette, médiocre d'intelligence, de caractère et de sens moral, avait agi sous l'influence d'une excitation alcoolique, qu'elle avait eu une crise délirante, peut-être à cause de l'apparition de ses règles, et l'on acquit la certitude que les faits qu'elle annonçait n'avaient dû exister que dans son imagination. Elle revint, d'ailleurs, sur ses premières affirmations et avoua que son récit était de pure invention.

Le second fait fût communiqué au docteur Motet par le rapporteur du premier conseil de guerre maritime de Toulon. Il s'agit de trois fillettes qui avaient de mauvaises habitudes. La

mère de l'une d'elle montra son enfant à une sage-femme, qui en conclut que la petite fille avait dû subir les derniers outrages de la part d'un homme malade. Celle-ci de raconter immédiatement qu'elle avait été violée par un inconnu, dans un corridor; ses compagnes confirmaient son récit et affirmaient qu'elles pourraient reconnaître le coupable.

Sur les indications de sa mère, un individu fut arrêté. Aux fillettes qui avaient prétendu pouvoir reconnaître le criminel, on présenta séparément le secrétaire du juge d'instruction à l'une, un pompier de la marine à l'autre; elles n'hésitèrent pas à affirmer que l'homme qu'on leur montrait était bien celui qui avait commis un attentat sur leur compagne.

Si, au lieu d'user de ce subterfuge, on leur avait présenté l'individu arrêté sur les indications de la mère, nul doute que les affirmations des enfants eussent été aussi positives. On prévoit les difficultés qui auraient pu en résulter pour l'instruction.

« On voit parfois, dit Maudsley, des enfants appartenant aux meilleures familles être frappés de cette sorte d'imbécillité morale. Ils n'aiment personne et ne montrent pas plus de penchant pour le bien que de regret du mal. Il manifestent de mauvais instincts et sont indéducables. Si alors l'enquête héréditaire est possible, on trouve que ces enfants appartiennent à des familles où domine la folie ou un nervosisme plus ou moins ardent.

« L'oblitération du sens moral, ajoute cet auteur, est non seulement le premier signe de la dégénérescence de la race, mais il est encore le premier signe qui se manifeste dans la plupart des cas où la folie prend naissance dans la famille (*Ann. méd. psych.*, 1876, p. 138). »

CONCLUSIONS

L'étude que nous venons de résumer aurait dû, pour être complète, passer en revue d'autres manifestations délirantes que l'on observe encore chez les individus

atteints de dégénérescence. Le délire des persécutions se rencontre entre autres d'une manière assez fréquente.

Nous nous sommes borné à poser de simples indications et à résumer quelques observations qui nous ont paru intéressantes sous ce rapport. Nous avons voulu démontrer que l'on pouvait remarquer chez les dégénérés les formes d'aliénation mentale les plus diverses, et que celles-ci revêtaient, en général, une physionomie particulière rappelant par quelques-uns de ses traits l'espèce de dégénérescence psychique dont l'individu a été atteint.

Les dégénérés devenus aliénés reconnaissent d'habitude une prédisposition héréditaire, les renseignements fournis par la famille peuvent indiquer les signes particuliers qui auront caractérisé la dégénérescence psychique.

L'aliénation mentale revêt elle-même une forme insolite dans ses phases comme dans les manifestations délirantes qui la caractérisent. On peut observer, par exemple, la conservation de la conscience, quelquefois même l'apparence de la raison au milieu du trouble psychique le plus accentué. La solidarité qui relie entre elles les facultés morales et intellectuelles fait le plus souvent défaut, les troubles sont prédominants, tantôt du côté moral, tantôt du côté de l'intelligence.

Le délire présente une manière d'être anormale, comme l'ont indiqué plusieurs auteurs. Ainsi on observe la folie du doute, la persistance d'un état névropathique, le dédoublement de la personnalité, les angoisses bizarres connues sous les noms d'agoraphobie, de claustrophobie, les impulsions instinctives, à l'exclusion de manifestations délirantes nettement accusées, ce qu'Esquirol désignait sous le terme de Monomanies.

La dégénérescence psychique n'entraîne pas nécessairement, nous l'avons dit, une disposition à la folie, et

les accès d'aliénation, lorsqu'ils surviennent, peuvent guérir facilement, mais il persiste alors une tendance à la récurrence; lorsque l'aliénation mentale revêt une forme complexe, comme le mélange de plusieurs délires on ne saurait en méconnaître la gravité au point de vue surtout du pronostic.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
RÉMISSION DANS LA PARALYSIE GÉNÉRALE

Par le D^r GUILLEMIN,
Médecin-adjoint à l'asile des aliénés de Dôle.

De toutes les maladies la paralysie générale est une de celles où les lésions et les symptômes se trouvent reliés entre eux par des rapports étroits. Au fur et à mesure que les lésions progressent, on observe une aggravation, soit des troubles moteurs, soit des troubles psychiques, soit de ces deux ordres de signes à la fois. Une rémission vient-elle à se produire, on est en droit d'admettre que l'élément congestif a subi un temps d'arrêt.

Pour certains auteurs (A. Voisin) (1), « ces rémissions tiennent sans doute à ce que les phénomènes « congestifs disparaissent, à ce que les lésions inflammatoires se localisent, et à ce que les parties du cerveau restées ou redevenues saines suppléent au fonctionnement des parties atteintes par une lésion « définitive ». Pour le même auteur, la localisation des lésions inflammatoires, surtout lorsque la maladie n'est pas très avancée, non seulement est admissible, mais encore doit être admise.

D'après nous cette théorie, vraie dans certains cas,

(1) A. Voisin. *Traité de la paralysie générale*, p. 172.

né saurait être généralisée ainsi que le prouve l'observation suivante :

SOMMAIRE. — *Paralyse générale.* — *Rémission de plusieurs mois.* — *Attaque convulsive.* — *Mort.* — *Autopsie.*

Le nommé Gr..., François-Louis, âgé de trente-sept ans, profession représentant de commerce, entre à l'asile le 30 janvier 1889.

Renseignements. — La maladie remonte au mois d'octobre 1888 et reconnaît pour cause des chagrins et des excès de toute sorte (pertes d'argent, excès vénériens, alcoolisme, chaque jour Gr... buvait deux ou trois absinthes). Pas d'antécédents héréditaires.

D'après le certificat médical, l'agitation est survenue dans la nuit du 22 au 23 janvier, à la prison de B... où Gr... purgeait une condamnation pour vol.

Il se relevait la nuit, chantait, brisait, déchirait tout ce qui lui tombait sous la main, manifestait des idées de grandeur.

La maladie remonte cependant à une date antérieure car ; chez lui, Gr... menaçait sa femme de mort, demandait à chaque instant un couteau pour lui casser les dents, voulait aller à l'Opéra pour remplir le rôle de premier ténor, prétendait que la mère de sa femme en voulait à ses jours.

Gr... se présente à nous dans l'état suivant : taille moyenne, bonne constitution, mais très amaigri, pupilles égales, dilatées, tremblement de la langue, des mains et des lèvres, langue fendillée, sillonnée en tous sens, parole embarrassée.

Comme signes psychiques, nous notons une grande émotivité, des idées de richesse et de satisfaction. Il a dix représentants, possède un moulin valant 200,000 francs, mond 400 sacs de farine par vingt-quatre heures.

2 février. Très troublé, déchire ses vêtements, se relève la nuit, taquine et frappe les malades ; mêmes idées délirantes.

14 février. Certificat de quinzaine : Le nommé Gr... Louis, est très agité. Il déchire ses vêtements, taquine les malades, ne reconnaît pas ses chaussures, n'a pas conscience de son état, ignore le lieu où il se trouve et présente les mêmes idées délirantes.

Par suite de son agitation Gr... est très amaigri et la santé physique affaiblie. A maintenir. Le directeur-médecin, signé : Bécoulet.

2 mars. Gr... se lève pendant la nuit, allume à la veilleuse sa cravate et sa chemise, se brûle toute la région antérieure et extérieure du thorax, l'aisselle et la région cervicale antérieure droite. Traitement : pansement oclusif.

6 mars. Le pansement étant enlevé, nous constatons que la plaie est le siège d'une abondante suppuration et répand une odeur fétide. On applique un pansement à l'acide phénique renouvelé tous les deux jours. Régime tonique.

8 mars. Toujours troublé, enlève son pansement; on est obligé de le camisolier.

15 mars. Meilleur aspect de la plaie; diminution de la suppuration, commencement de cicatrisation au cou.

27 mars. Gr... est moins désordonné et n'est plus maintenu. La plaie tend à se cicatriser.

Depuis cette époque la plaie marche à grands pas vers la cicatrisation; et le 15 mai elle est complètement cicatrisée.

Pendant tout ce temps l'état mental n'a subi aucune modification : Gr... n'a pas conscience de son état, manifeste les mêmes idées de richesses et de satisfaction, chante des airs d'opéra, délire parfois.

A partir du 27 mai, on remarque chez Gr... quelques moments de lucidité. Ainsi il se rappelle avoir été condamné pour vol, mais ne peut donner aucune explication sur la façon dont il a commis ce délit; apprend la mort de son père, en manifeste un vif chagrin et s'inquiète même de ce que va devenir sa vieille mère. Mais ces moments lucides sont de courte durée, les idées délirantes apparaissent bientôt; Gr... cherche à s'évader et se livre parfois à des actes de violence.

Le 7 juin, il écrit à sa femme une lettre dont l'écriture est bien formée; on ne remarque aucune omission de mots ni de syllabes. Mais Gr... ne se rend pas compte de son état, réclame une quantité d'objets sans importance, affirme que sa sortie lui sera accordée sous peu.

Aucun changement ne se manifeste dans l'état de Gr... jusqu'au commencement d'août. A ce moment se produit une rémission dans sa maladie. Le trouble a presque disparu; on n'observe plus d'idées de richesses et de satisfaction; les sentiments affectifs sont revenus. Mais l'embarras de la parole persiste encore ainsi que l'inégalité pupillaire, une grande émotivité, une physionomie sans expression et de l'affaiblissement intellectuel. Gr... pleure facilement et s'attache à nous raconter des choses sans importance.

A partir du *mois de septembre* une grande amélioration se manifeste dans son état. Tout délire a disparu ; dans son écriture on ne remarque aucun signe qui puisse faire soupçonner la terrible maladie dont il est atteint. L'émotivité, l'inégalité pupillaire, le tremblement des muscles des lèvres, l'aspect inerte de la physionomie existent encore. Gr... est calme, raisonne d'une façon intelligente ; on l'envoie au travail.

Le 28 *septembre* 1889, il écrit à M. le directeur la lettre suivante :

Saint-Ylee, le 28 septembre 1889.

Monsieur le Directeur,

J'ai reçu une lettre de ma femme le 20 septembre qui me dit voilà cinq semaines que je suis malade et je n'ai pas cette année plein mon grenier de bois comme l'année passée ni de conserve à la cave préparé par toi mon cher Louis. Enfin c'est la misère noire pour moi. J'ai eu la visite de mon oncle le 8 août qui m'a dit ne te tourmente pas j'irai trouver M. le Préfet pour te faire rentrer à la maison attendu que ta femme et ta mère a bien besoin de toi. Je voulais qu'elle vienne avec moi te voir mais tu sais qu'elle ne veut pas sortir surtout en chemin de fer a cause de ses battements de cœur. Et elle tient à ce que tu rentre à la maison attendu quelle ne s'aime pas seul et quelle a peur la nuit. Comme je suis bien rétabli maintenant veuillez donc avoir la bonté M. le Directeur de me faire aller à Dôle et me conduire chez le successeur de M. B..., la avec un employé je puis vous dire le nom de chaque tissus qui sera en rayon. Après examen je pense que vous reconnaitrez comme je vous le dis que je puis revenir à la maison pour me remettre au travail. Car maintenant au lieu de faire de la représentation pour les farines et les vins, je travaillerai chez moi avec ma femme et ma mère, car je disais il y a déjà longtemps quand je serai fatigué de la représentation je veux faire faire un four et faire une fabrique de croquet. Car j'ai la recette pour les faire d'un chef de cuisine de Gray. Comme sa je n'aurai pas a sortir le mardi et le vendredi jour de marcher a Besançon pour voir les boulangers et boire avec'eux. Je compte donc sur votre bonté M. le Directeur pour bien vouloir me faire rentrer à la maison le plus vite possible, que ma femme ne se trouve pas dans la misère, car n'ayant pas de bois il n'y a pas moyen pour elle de faire son travail d'horlogerie et surtout maintenant que les prix sont si bas. Ainsi il faut quelle travaille du matin au soir pour gagner 1,25 a 1,50 par jour, et si elle casse une clé de raguelette tout de

suite 0 fr. 25 de perdu pour elle. Ainsi voyez que la misère sera bien proche si je ne rentre pas avant les grands frois.

Recevez Monsieur le Directeur mes sincères salutations,

L. GR.

Nous ferons observer qu'avant de faire de la représentation pour les farines et les vins, Gr... était employé dans une maison de rouennerie.

Le 13 décembre, Gr..., qui travaillait à la cuisine, menace de s'évader ; on le fait rentrer au quartier. On ne note chez lui aucun délire ; le tremblement fibrillaire des muscles des lèvres a disparu ; l'émotivité a beaucoup diminué ; la physionomie est plus animée ; l'inégalité pupillaire persiste.

Au quartier, Gr... est calme et la rémission est telle que nous lui confions la rédaction des cahiers de visite. Au début on observe quelques omissions, mais qui ne se reproduisent plus sur les recommandations que nous lui faisons.

Le 4 mai 1890, dans la soirée, Gr... éprouve quelques vertiges ; on le met à l'infirmerie.

Le 5, à la visite, il remet la lettre suivante à M. le Directeur :

Saint-Ylec, le 4 mai 1890.

Chère Marie,

J'ai reçu ta lettre ou tu me dis que j'ai deviné juste en pensant que tu étais de nouveau malade, tu as eu une brouchite chronique, que tu as bien souffert mais je pense bien que les deux vésicatoires rose ont du te rétablir et que tu vas bien maintenant, quant à moi je vais très bien, et je pense bien que sitôt que tu seras bien rétablie tu me feras le plaisir de venir me voir, et comme je te le dis tu verras que la santé et bonne car je pense bien que quand tu viendras tu iras trouver M. le Directeur qui me rendra ma liberté, car je commence à trouver le temps long de rester ici, car je puis te dire que aussitôt mon retour je vais me remettre au travail et que nous parviendrons à nous remettre comme auparavant que je ne sois malade, attendu que j'ai 76 jours à la cuisine et voici 74 jours que je fais les cahiers enfin au total 150 jours. Rien de plus à te dire pour le moment je souhaite que ma lettre te trouve en aussi bonne santé que moi, et que tu sois assez bonne pour venir me voir.

Rien de plus à te dire pour le moment le bonjour à ta mère Clara.

Je pense bien que Mignonne va bien.

Je termine ma lettre en t'embrassant de tout cœur.

Ton mari,

L. Gr.

P.-S. — Depuis le 1^{er} décembre dernier M. le Directeur me promet ma sortie voilà 5 mois que j'attends j'espère bien qu'il me fera rentrer sous peu.

Le 5 mai, à deux heures de l'après-midi, se déclarent des crises épileptiformes et Gr... succombe quelques heures plus tard.

Jusqu'au 4 on ne notait chez Gr..., comme signes de la paralysie générale, que de l'inégalité pupillaire et de l'émotivité survenant quand on lui parlait de son père.

Autopsie. — L'examen de l'encéphale seul a été fait et nous donne les résultats suivants :

La boîte crânienne est d'une dureté et d'une résistance excessives, surtout au niveau du frontal.

Les vaisseaux de la dure-mère sont fortement injectés ; les corpuscules de Pacchioni ont acquis un développement considérable ; la pie-mère est comme violacée et adhère au cerveau dans toute son étendue. On ne peut la détacher de la surface de l'encéphale sans enlever des lambeaux de la substance corticale.

La pulpe cérébrale est ramollie ; les circonvolutions sont peu marquées ; la substance grise est pâle, décolorée.

Les cavités ventriculaires contiennent une quantité de sérosité sanguinolente, pouvant varier de 25 à 30 grammes. Dans le prolongement occipital droit ou cavité ancyroïde, nous trouvons un caillot sanguin du volume d'une noix provenant d'une hémorragie qui a déterminé sans doute les attaques épileptiformes auxquelles notre malade a succombé.

RÉFLEXIONS. — Lorsque la mort est survenue, Gr... était en rémission depuis huit mois environ. A partir de septembre, il reconnaît avoir été dans le délire, abandonne ses conceptions délirantes, manifeste un grand chagrin en apprenant que sa femme va tomber dans la

misère. Les raisons qu'il invoque pour obtenir sa sortie montrent assez que ses facultés ont repris une certaine activité. De plus Gr... se rend compte des causes qui ont produit chez lui le trouble intellectuel. Il avoue avoir fait des excès de boisson, et, pour les éviter, prend l'engagement de quitter l'état de représentant de commerce.

L'inégalité pupillaire, le tremblement des muscles des lèvres, l'émotivité, le manque d'expression de la face persistent pendant un certain temps ; puis le tremblement disparaît, et quand les attaques épileptiformes surviennent, l'inégalité pupillaire subsiste encore ; mais la physionomie était plus animée, l'émotivité avait beaucoup diminuée et ne se manifestait que lorsqu'on parlait à Gr... de son père.

Nous ferons en outre observer que, dans les deux lettres que nous avons reproduites, l'écriture n'est pas tremblée et on ne note aucune des omissions que l'on remarque dans les écrits des paralytiques généraux. Aucun mot, aucune syllabe ne sont omis ; l'écriture est courante, les lettres sont régulières, égales ; les lignes sont formées d'une façon correcte.

Pour M. Voisin, la conséquence de cet état mental serait la localisation des lésions et la suppléance des parties malades du cerveau par les parties restées saines.

Cependant, que trouvons-nous à l'autopsie ? Les adhérences sont généralisées, les circonvolutions peu marquées ; la substance grise est pâle, décolorée, la pulpe cérébrale ramollie, lésions d'une paralysie générale arrivée à une période avancée et que ne pouvait faire soupçonner l'état de rémission dans lequel se trouvait notre malade.

ÉTUDE
SUR
LES POISONS DE L'INTELLIGENCE

Par le Dr LEGRAIN,
Médecin en chef de la colonie de Vaucluse.

Suite (1)

AUTRES TROUBLES ÉLÉMENTAIRES (*Suite*).

Troubles de la sensibilité. — Avec les troubles psychiques et ceux de la motilité, ils forment les trois grands chapitres de la symptomatologie des intoxications.

Du côté de la *sensibilité générale*, ce sont des PSEUDESTHÉSIES : douleurs contusives (iode); sensation de chaleur à la gorge (œthuse, térébenthine); sensation de fatigue avec endolorissement général (sulfure de carbone), engourdissements, fourmillements (haschisch, coca, thé), picotements, prurit, frissons, etc. — Des ANESTHÉSIES : *A. générale*, mais plus ou moins complète (iodoforme, œthuse, sulfure de carbone, urémie, atropine); — *A. localisées* : peau (datura); face (atropine); — hémianesthésie (alcool, plomb), avec *analgésie* (oxyde de carbone, chloroforme, datura, stramoine); — des HYPERESTHÉSIES : *H. générale* (laurier-cerise) ou *localisée* : membres inférieurs (térébenthine); endolorisse-

(1) Voyez les *Annales* de juillet-août et de septembre-octobre.

ment sur le trajet des gros nerfs (térébenthine); peau (urémie).

Du côté des *sensibilités spéciales*, on observe tantôt une *augmentation de l'acuité* (gaz hilarant, guarana, période aiguë des intoxications par poisons excitants), tantôt une *diminution* (bromures, café, chloral, créosote, datura). Plus spécialement, du côté de la *vue* on observe : éblouissements, bluettes, étincelles (quinine, atropine, chanvre); hyperesthésie du nerf optique (quiuine); photopsie (atropine, gaz hilarant); dyschromatopsie (digitale); diplopie (pelletière, quinine); diminution de l'acuité visuelle (jusquiame, pelletière, quinine, sulfure de carbone); vue trouble (thé); amblyopie (urémie); amaurose (quinine, urémie); cécité passagère ou définitive (café, urémie); contraction pupillaire (pelletière); dilatation pupillaire (mandragore, jusquiame, duboisia). — Du côté de l'*ouïe*: bourdonnements à timbre varié, bruissements d'oreilles, sifflements (alkekengé, haschisch, oxyde de carbone, térébenthine, urémie, quinine); paracousie (quiuine); suracuité de l'ouïe (gaz hilarant); diminution de l'acuité (haschisch, jusquiame); surdité (quinine, urémie). — Du côté du *goût* et de l'*odorat*: exagération (gaz hilarant); abolition (atropine). (1) — Du côté du *tact*: diminution et abolition (atropine); chatouillements (gaz hilarant). (V. plus haut : *anesthésie* et *hyperesthésie* de la sensibilité générale.) — Du côté de la *sensibilité génitale*: priapisme (atropine, cantharides, noix vomique); effets aphrodisiaques (cantharides, datura, gingembre, guarana, et tous les stimulants); action réfrigérante (bromures, café).

Parmi tous ces troubles de la sensibilité que nous avons énumérés pour être complet, il n'en est guère qui

(1) Les seize lignes qui suivent, ont été, par erreur, intercalées à la fin du dernier article (Voir *Annales* de septembre-octobre).

soient vraiment pathognomoniques. D'une manière générale, les sensibilités sont ou exaltées ou diminuées; or, il est facile de voir que beaucoup de poisons produisent ces deux effets. Tout dépend encore ici des dispositions individuelles, des doses toxiques absorbées, de l'ancienneté de la maladie, de sa phase aiguë ou de sa phase chronique.

MARCHE, DURÉE ET TERMINAISON DES EMPOISONNEMENTS PSYCHIQUES

L'évolution des accidents doit être considérée séparément dans les empoisonnements accidentels (thérapeutiques, suicides, alimentaires, criminels, etc.), et dans les empoisonnements de longue durée (intoxications volontaires, industrielles, professionnelles, etc.). Dans le premier cas, on n'observe que des accidents aigus; ce n'est qu'un orage, un phénomène pathologique fortuit dans la vie des malades. Dans cette catégorie rentre la majeure partie des empoisonnements (chloroforme, quinine, cantharides, digitale, oxyde de carbone, champignons, *datura*, etc.).

Un grand nombre n'engendrent que des troubles insignifiants, passagers, d'une durée éphémère, et qui disparaissent sans laisser de trace. Ils se limitent à une légère excitation ou à une dépression moyenne des facultés, à une courte *ivresse*, à un état de narcose plus ou moins profond. Puis tout rentre dans l'ordre. D'autres s'accompagnent d'accidents plus graves : délire, stupeur, convulsions, coma; souvent la mort en est la conséquence. La durée varie suivant la résistance des sujets et suivant les doses absorbées. Mais en général la phase aiguë du mal, quand la guérison doit survenir, n'exécède guère quelques jours à quelques semaines. Lorsque la mort survient tardivement, elle est causée

par l'épuisement du système nerveux ou par des désordres matériels survenus dans les divers organes. La convalescence peut être lente quand le choc a été rude ; elle s'accompagne de fatigue, de malaises, d'incapacité intellectuelle, et de tous les phénomènes caractérisant la neurasthénie. Le plus souvent, la maladie ne laisse aucun reliquat ; mais, dans certains cas, l'organe encéphalique, profondément atteint, conserve des traces indélébiles de l'action passagère du poison. C'est ainsi, par exemple, que l'empoisonnement par l'oxyde de carbone est parfois suivi d'une amnésie rétrograde persistante (Ronillard, Briand) ; d'autres fois, d'une démence aiguë (Bouchereau, Raffegéan). Signalons enfin, comme suite possible, l'installation d'états vésaniques chez les sujets prédisposés à la folie, et qui récupèrent difficilement leur équilibre mental.

Dans les intoxications chroniques qui comprennent les grandes intoxications sociales, les empoisonnements passionnels et professionnels, la marche des accidents est nécessairement subordonnée aux habitudes des sujets, toute réserve faite, d'ailleurs, pour l'influence des réactions individuelles. Il y a lieu de distinguer les *empoisonnements volontaires*, recherchés par l'homme, et les *empoisonnements subis* ; dans les deux cas, la marche est un peu différente :

Dans le premier cas (intoxications recherchées), la période chronique ne s'installe pas, en général, absolument d'emblée. Au début, on observe des phénomènes aigus, qui, mieux qu'ailleurs, méritent le nom d'ivresse (morphine, cocaïne, alcool, haschisch, opium, kawa). Ces phénomènes aigus se produisent un grand nombre de fois sans empêcher la phase chronique de s'installer ; ils ne sont plus alors que des épiphénomènes survenant au cours de cette période, qui est constituée par deux ordres de symptômes essentiels : l'*appétence irrésistible*

pour le poison avec retour périodique d'accidents aigus ou subaigus et la *déchéance progressive*, la dégradation lente des facultés mentales. Les accidents aigus correspondent à la saturation des éléments par le poison, les accidents chroniques sont l'expression de lésions organiques développées peu à peu sous l'influence prolongée de l'excitant artificiel. Ainsi conçus, on comprend facilement que ces deux ordres d'accidents puissent coïncider ; les premiers sont forcément passagers et transitoires.

Le caractère commun à toutes ces variétés d'empoisonnements à la période chronique, caractère qui est à la fois la cause et l'effet de cette chronicité, c'est l'appétence impulsive que présente le cerveau pour le retour des sensations déjà perçues. Une fois intoxiqué, le malade glisse sur une pente fatale, car la privation de l'excitant entraîne des accidents cérébraux de toutes sortes, qui disparaissent temporairement par l'absorption d'une dose nouvelle. Parallèlement, les doses des poisons sont augmentées progressivement en raison de l'accoutumance singulière dont la cellule cérébrale est douée à l'égard de ces substances. Si le malade n'est pas violemment soustrait à l'influence morbide, il devient la proie, au bout d'un temps variable, qui se chiffre par années, d'accidents cérébraux particuliers, qui se ressemblent dans tous les cas, et qui sont l'indice d'altérations matérielles définitives du cerveau.

Les intoxications professionnelles (aniline, sulfure de carbone, plomb, mercure, térébenthine) n'ont pas, à proprement parler, de phase aiguë. Dès le début, la maladie est chronique, la saturation s'opère lentement ; elle peut n'entraîner, à la longue, que des accidents insignifiants, comme elle peut aboutir aux mêmes désorganisations que précédemment ; c'est une affaire de résistance individuelle. La marche lente, insidieuse

du mal est pourtant souvent entrecoupée par l'apparition de phénomènes subaigus, expression d'une sursaturation momentanée (sulfure de carbone, etc.) ; mais, en général, les accidents cérébraux sont l'œuvre du temps et sont engendrés plutôt par des lésions organiques constituées lentement, grâce au surmenage des éléments cérébraux, que par l'action directe du poison lui-même.

Cette période terminale de tous les empoisonnements cérébraux chroniques mérite quelque mention. Elle est essentiellement et uniformément caractérisée par un *affaiblissement* progressif des facultés mentales, pouvant aller jusqu'à la *démence* complète (alcool, plomb). Cet affaiblissement se manifeste au dehors par un état d'hébétéude, de stupidité, d'abrutissement, de dégradation morale, par des troubles de l'idéation, de la mémoire (opium, haschisch, alcool, plomb, bétel) ; les malades sont silencieux, inertes, ce ne sont plus que des automates, menant une vie matérielle. Chose singulière, l'appétence pour le poison survit à la déchéance intellectuelle : comme le dit Leroy de Méricourt à propos du buveur de maté, « il ne connaît plus que trois choses : absorber du maté, manger et dormir » ; on en pourrait dire autant de tous les vieux intoxiqués. Peu à peu la déchéance physique amène les malades jusqu'au marasme le plus complet et à la cachexie. Ils meurent d'épuisement ou à la faveur d'une complication organique quelconque qui s'installe facilement sur un terrain débilisé. Beaucoup d'intoxiqués meurent avant d'avoir atteint la démence confirmée, lorsque le poison jouit de propriétés assez énergiques pour désorganiser rapidement, non seulement l'intelligence, mais les autres fonctions. C'est le cas dans le morphinisme et le cocaïsme. Lorsque la démence se confirme, elle comporte tous les symptômes des démences organiques ; elle se complique alors de troubles moteurs et sensitifs,

particulièrement des paralysies dont nous avons parlé plus haut.

En somme, la vie des intoxiqués chroniques peut se partager en deux périodes : une période de surmenage intellectuel, d'usure cérébrale; une période d'anéantissement cérébral, aboutissant obligé de toutes les intoxications qui n'ont pas trouvé de correctif dans une résistance exceptionnelle des malades, ou qui ne sont pas brusquement interrompues par une mort précoce. Quelle que soit d'ailleurs la résistance du sujet, il n'est jamais qu'un être cérébralement infériorisé par le poison; ses facultés peuvent, à l'occasion, grâce aux propriétés excitantes du toxique, jouir d'un éclat plus vif, mais la réaction qui suit de près ce moment de splendeur, fait descendre d'un degré de plus l'acuité cérébrale; bien plus, l'énergie cérébrale apparente dont jouit le sujet n'est que factice; elle a besoin d'être renouvelée constamment par l'appoint d'une nouvelle dose d'excitant; une nouvelle chute en est la conséquence; ainsi se crée un fatal cercle vicieux où le malade trouve sa fin.

CARACTÈRES GÉNÉRAUX DES INTOXICATIONS PSYCHIQUES.

Nous présenterons l'ensemble de ces caractères, déduits de l'étude générale à laquelle nous nous sommes livrés, sous forme d'aphorismes :

1° Les folies toxiques sont des folies *artificielles* et non organiques; elles ne relèvent pas, si ce n'est dans leur élément causal, des influences héréditaires ou de l'état mental des sujets; ces éléments n'interviennent que pour modifier parfois l'appareil symptomatique de l'empoisonnement.

2° La plupart des poisons psychiques engendrent un

syndrome aigu qui est spécial à leur histoire, manifestation pathologique simple qui a reçu le nom d'*ivresse*.

3° Les troubles intellectuels engendrés par les poisons sont *généraux*; ils atteignent l'ensemble des manifestations cérébrales, avec localisations plus spéciales pour certains poisons, localisations qui n'enlèvent aucune valeur clinique au trouble général de l'entendement; ce trouble est de deux ordres : l'*excitation*, la *dépression*; la première est la plus commune; la seconde est généralement consécutive à la première.

4° En dehors de l'ivresse, les poisons engendrent encore deux ordres de troubles intellectuels : les uns, simple perturbation des processus psychiques normaux, laissent la conscience intacte; les autres sont constitués par une déviation avec perversion de ces mêmes processus et perte de l'état de conscience; ces derniers constituent les *délires toxiques*.

5° Les *délires toxiques* sont des délires *secondaires*, — *généraux* : tous les départements de l'intelligence y participent également; — quelquefois les désordres prédominent dans certains territoires, — *incohérents* et *protéiformes* : il n'y a pas de délire nettement coordonné, pas de processus intellectuels enchaînés et logiques; les conceptions sont diffuses, rapides, multiples, mal liées, sans consistance; il n'y a aucune tendance à la systématisation; elles rappellent beaucoup plus les états maniaques que les états vésaniques; — *polymorphes* : toutes les formes de délire peuvent s'observer non seulement dans deux intoxications différentes, mais dans le cours de la même intoxication; idées tristes, ambitieuses, mystiques, érotiques, idées de persécution, etc.; — *hallucinatoires* : les hallucinations jouent un rôle prédominant, elles affectent tous les sens, mais avec une prédilection marquée pour celui de la vue; très mobiles, fugaces, elles impriment aux idées délirantes qu'elles

engendrent pour la plupart, leur caractère d'incohérence et de fugitivité; — *passagers* : ce n'est qu'une effervescence momentanée, aiguë, d'une durée très courte, limitée à l'élimination du poison.

6° Bien que les conceptions délirantes puissent affecter toutes les formes, dans l'immense majorité des cas les délires toxiques sont *pénibles*, tristes; les hallucinations, surtout *visuelles*, sont terrifiantes. Le tableau revêt souvent les caractères du délire alcoolique, qui est le type parfait des délires toxiques. Lorsque les idées gaies, les conceptions heureuses entrent en scène, il s'agit bien plutôt d'un subdélire, d'un état de rêve, que d'un délire vrai.

7° L'abus prolongé des poisons psychiques entraîne fatalement la production de lésions anatomiques définitives qui se traduisent à l'extérieur par un *affaiblissement progressif* des facultés allant jusqu'à la *démence*. Les symptômes démentiels ne diffèrent pas alors de ceux des autres démences organiques.

8° Les folies toxiques se compliquent presque toujours de *troubles pathologiques extra-cérébraux* indiquant la participation de tout l'organisme à ce processus morbide. Ces troubles consistent surtout en troubles *médullaires*, en troubles de la *sensibilité* et de la *motilité*; mais les autres fonctions sont également perturbées, souvent même d'une façon prépondérante, ce qui démontre que les troubles psychiques ne sont pas essentiels, que la folie toxique n'est, en définitive, qu'un *syndrome*, parfois capital, d'une maladie générale.

9° Notons, en dernier lieu, l'importance capitale des *réactions individuelles* qui suffisent pour modifier de fond en comble le tableau d'un sujet à l'autre, et qui diminuent considérablement la valeur des folies toxiques en tant qu'entités morbides, pour n'en faire que

des modalités réactionnelles éminemment variables, suivant les circonstances.

SYMPTOMATOLOGIE SPÉCIALE.

Pour terminer notre étude des poisons psychiques, il nous resterait à faire l'histoire de chaque poison en particulier. Nous n'avons pas l'intention d'entrer dans de longs détails ; il faudrait des volumes pour traiter complètement le sujet ; nous sortirions d'ailleurs de notre cadre qui doit contenir surtout une étude d'ensemble (1).

Le groupement que nous avons adopté ne saurait avoir rien de définitif. Il était nécessaire pour apporter un peu d'ordre parmi les documents que nous avons recueillis. Il repose sur la similitude des troubles intellectuels prédominants dans les différents empoisonnements, sur leur degré d'intensité et sur leur forme. Nous ne nous abusons pas sur l'insuffisance d'un tel groupement symptomatologique ; il ne sera pas rare de rencontrer des substances susceptibles d'entrer dans plusieurs groupes à la fois ; c'est là le défaut des classifications symptomatologiques.

I^{er} GROUPE. — Agents stimulants.

Ces corps engendrent une excitation des processus intellectuels et s'accompagnent parfois d'une légère

(1) Un certain nombre de poisons, dont l'importance pour le psychiatre est capitale, font d'ailleurs l'objet d'articles ou de monographies spéciales auxquels le lecteur devra se reporter. De ce nombre, sont : l'alcool, la morphine, la cocaïne, le tabac, le plomb. Nous ne mentionnerons ici que ceux dont l'importance plus secondaire n'a guère nécessité de nosographie détachée. L'histoire de beaucoup d'entre eux est encore à faire. Nous nous bornerons à indiquer les particularités connues de leur action ; nous le ferons avec une précision suffisante pour que le lecteur puisse contrôler les bases sur lesquelles reposent nos généralités.

ivresse. Nous grouperons séparément les stimulants dont l'homme abuse par passion.

A. Stimulants simples.

ARISTOLOCHE (*A. Serpentaria*, Serpentaire de Virginie. Aristolochiées). — A l'instar des stimulants aromatiques, la serpentaire détermine une stimulation générale avec mal de tête, plénitude crânienne, insomnie, trouble des fonctions cérébrales.

ALKEKENGE (*Physalis alkekengi*. Solanées). — Produit, même à petites doses, une légère ivresse avec bourdements d'oreilles et ralentissement du pouls. Cazin a observé le fait chez plusieurs femmes chlorotiques.

ANAMIRTE (*Anamirta cocculus*, Coque du Levant. Ménispermées). — Poison violent qui jouit d'un intérêt pratique en ce sens qu'il sert à la sophistication des bières : « La coque du Levant, dit Pereira, est moins utilisée par les brasseurs anglais pour augmenter l'amertume de la bière que pour lui communiquer des propriétés enivrantes qui dépassent son degré de spirituosité. »

La coque du Levant est une substance enivrante ; elle exalte les propriétés excitomotrices ; elle est convulsivante comme la noix vomique et la strychnine et produit des convulsions généralisées, surtout tétaniques.

CAPSICUM. — La poudre de capsicum produit, à dose excessive, des étourdissements et de l'ivresse.

GINGEMBRE (*Zingiber*. Zingibéracées). — Il provoque des phénomènes d'excitation générale avec retentissement du côté de l'encéphale et de l'appareil génital. Il est considéré comme aphrodisiaque.

GUARANA. — Tonique, excitant, stimulant de l'intelligence, aphrodisiaque ; ses effets se rapprochent de ceux du thé et du café. Il produit une sorte d'ivresse avec exaltation, insomnie, gaieté, bizarreries, hyperesthésie sensorielle.

SAFRAN (*Crocus*. Iridées). — Suivant Murray, son action sur le cerveau ressemblerait à celles de l'opium et du vin réunis. Il est stimulant. A cette action excitante succède un état soporeux. Bergius cite le cas d'une dame qui tombait dans une profonde tristesse chaque fois qu'elle respirait du safran.

HOANG-NAN. — Végétal de l'Indo-Chine dont l'action entraîne de l'excitation intellectuelle avec stimulation générale de la nutrition et vertiges.

Du côté de la moelle, on observe des accidents de strychnisme.

HYDROCOTYLE. — Dans les Indes, l'hydrocotyle passe pour provoquer des phénomènes d'ébriété, à dose toxique (éblouissements, étourdissements, vertiges, titubation, céphalalgie, somnolence, sentiment d'anéantissement général (Eloy).

MARATIA-MOOGHO. — On vend sous ce nom, dans les bazars de l'Inde, les fruits et les graines d'une plante indéterminée dont les propriétés sont sédatives et enivrantes (Baillon).

MÉLISSE (*Melissa*. Labiées). — Stimulant cérébral, médicament nervin céphalique et exhilarant, c'est-à-dire susceptible de relever la tonicité nerveuse, d'accroître l'activité cérébrale et d'exciter à la gaieté. Cette stimulation n'est qu'un premier degré de l'ivresse.

MENTHE (*Mentha*. Labiées). — Agit comme la mélisse.

MUSC. — Agit comme les deux précédents, mais avec plus d'énergie ; il peut provoquer un peu d'ébriété avec céphalalgie et vertiges.

CAMPHE (*Laurus*. Laurinées). — Médicament stimulant produisant des symptômes très variables, suivant les sujets. Assez souvent, c'est un état analogue à l'ivresse alcoolique avec exaltation intellectuelle, délire, céphalalgie, congestion de l'encéphale. D'autres fois, il agit comme hyposthénisant (réfrigération, tendance à la

syncope). Un malade observé par Edwards eut des troubles singuliers de l'équilibration ; il se sentait plus léger que de coutume ; il lui semblait qu'il tenait à peine à la terre, qu'il l'effleurait en marchant. Ces troubles ont été vus aussi par Lermnier et Andral.

L'abus du camphre produit des suffocations, des battements de cœur tumultueux, des secousses convulsives d'apparence tétanique, une angoisse pénible. Petitjean a observé une sorte de collapsus avec céphalalgie, et subdélire.

ERGOT DE SEIGLE. Ergotisme. — L'intoxication aiguë consiste surtout dans des vertiges, de la céphalalgie, de l'hébétéude, des troubles de la vue et de l'ouïe, et une sorte d'enivrement (ivresse ergotique).

L'ergotisme chronique, épidémique à certaines époques, dans certaines contrées (Nord de l'Europe au xix^e siècle) et engendré vraisemblablement par l'usage du seigle mélangé d'ergot, présente deux formes principales, suivant la prédominance des symptômes gangreneux (gangrène des extrémités) ou des symptômes convulsifs. Mais ces deux formes sont toujours précédées des accidents aigus d'ivresse ergotique. Dans la forme convulsive, on observe des convulsions dans les membres, de l'hébétéude, des vertiges avec obnubilation de la vue. A une période avancée, on a noté le délire et le coma.

B. Stimulants absorbés à titre de passion.

CAFÉ. — Le café produit l'érethisme du système nerveux ; c'est un stimulant de la pensée, d'où son nom de boisson intellectuelle. « Il y a, dit Fonsagrives, excitation cérébrale, c'est incontestable. Mais toutes les facultés ne sont pas stimulées au même degré, d'où un peu d'incohérence dans les combinaisons intellectuelles, dont le café presse l'émission. Elles ont plus de rapidité que de solidité. » La pensée moins libre est maîtrisée

avec peine; le jugement et la volonté sont affaiblis « Intelligence un peu activée, mais un peu choréique », telle est la formule proposée par Fousagrives.

On s'habitue volontiers à une dose quotidienne de café. Cette habitude devient souvent même impérieuse; le cerveau a besoin de son excitant habituel sous peine de devenir paresseux et torpide. Dépasse-t-on la mesure pourtant, l'intelligence devient rétive, la pensée s'élabore avec difficulté. Il en est ainsi de tous les stimulants intellectuels; la stimulation est suivie d'épuisement, de fatigue, comme après un surmenage; c'est un véritable état de neurasthénie. Il y a chute complète de l'activité cérébrale; les malades ont une espèce de délire diffus, incohérent, tranquille, avec tremblement généralisé (Max Kohn), et troubles sensoriels avec obnubilation de la vue allant jusqu'à la cécité passagère. Cet état a mérité le nom de *delirium tremens* caféique.

Le café stimule encore la sensibilité cutanée qu'il avive, exalte les propriétés excito-motrices, provoque un orgasme musculaire qui invite à la marche, d'où l'impression de défatigue. Enfin, contraste singulier, le café exerce une action réfrigérante sur le sens génital.

THÉ. — Comme le café, le thé est, à dose faible, un stimulant du système nerveux, mais moins énergique; il tient éveillé, produit de la diaphorèse et de la polyurie. Il peut également devenir l'objet d'une passion irrésistible, capable d'entraîner des accidents sérieux qu'on a désignés sous le nom de *theïsme*. Lorsque la dose est forte et prolongée, les malades éprouvent pendant un certain temps un état général d'énervation, puis des phénomènes dépressifs. A la longue, ils deviennent moroses, irritables, inaptes au travail, découragés; ils ont des troubles de la sensibilité générale (sensation de froid et d'engourdissements à l'occiput,

fourmillements), de la céphalalgie, des troubles de la vue, de l'incertitude de la marche. En somme, c'est une sorte d'état d'ivresse permanent qui s'installe à la faveur de la diminution de résistance du système nerveux central. Lettsom a noté des vertiges, des spasmes, la perte de la parole, de la mémoire et des phénomènes de démence. En Amérique, les dégustateurs de thé présentent à la longue de l'affaiblissement intellectuel avec troubles délirants analogues à ceux des folies toxiques (insomnie, accès de terreur, hallucinations de l'ouïe).

MATÉ (*Ilex. Ilicinées*). — L'infusion de maté est très usitée dans les provinces de l'Amérique du Sud, à l'instar du café et du thé chez nous. Il surexcite le système nerveux et les facultés intellectuelles à un degré plus élevé que le café (Leroy de Méricourt). Il repose de la fatigue et excite au travail. C'est une substance dont on abuse et pour laquelle on se passionne comme il arrive pour beaucoup de substances stimulantes. Le *matéisme* chronique entraîne des désordres graves qui sont endémiques dans les régions que nous avons mentionnées. La cessation brusque de l'usage du maté, comme celle des poisons analogues, produit du malaise, de la tristesse, de la dépression mélancolique. D'après Montegazza, la satisfaction, le contentement de toutes choses, ce sentiment de bien-être et de bonheur calme qui suit l'absorption du maté, sont comparables à la première période de l'ivresse alcoolique. Les gens qui en abusent tombent dans l'abrutissement ; ils ne savent plus que trois choses, dit Leroy de Méricourt : absorber du maté, manger et dormir.

AREC-BÉTEL. — Dans presque toute la région des tropiques, les peuplades font usage d'un masticatoire connu sous le nom de *bétel*, sorte de mélange un peu variable suivant les régions, mais où dominent l'amande de la noix d'arec, la chaux vive et le poivre betel. L'usage de ce

masticatoire développe tout d'abord des phénomènes de stimulation (légère excitation cérébrale, éveil de l'appétit, stimulation de la digestion); l'abus perturbe les fonctions cérébrales; on observe une sorte d'ivresse analogue à celle de l'opium, du haschich, du kawa, mais moins accentuée.

(*A suivre.*)

PLUSIEURS ATTAQUES
DE
SOMMEIL PARADOXAL
CHEZ UN ALIÉNÉ

Par le Dr SZCZYPIORSKI

Ancien interne des asiles d'aliénés.

Dans la classification des sommeils pathologiques, on doit réserver une place spéciale à un certain groupe de faits, dont les allures tranchent vivement sur des variétés déjà bien établies et privilégiées d'un nom propre. Nous voulons parler d'une modalité toute particulière du sommeil morbide propre aux aliénés, qui n'a rien de commun, par exemple, avec le sommeil hypnotique et hystérique.

Les auteurs qui l'ont observé en France sont presque unanimes pour lui attribuer quelque chose de voulu de la part du malade, et même le considèrent comme simulé par l'aliéné (1).

Nous aurions volontiers souscrit à cette opinion, si tous les cas étaient uniformes quant à leur expression clinique et si, dans certains d'entre eux, on ne trouvait pas de caractères indéniables de contractures, d'anesthésies qui accompagnaient l'attaque du sommeil et qui se dissipaient au réveil. L'incertitude plane encore

(1) Ballet. Le sommeil simulé chez les aliénés. *Gaz. des hôp.*, n° 136, 1890.

sur la nature de cette hypnose anormale, que nous désignons, faute de mieux, du nom de sommeil paradoxal, et on ne l'éclaircira qu'à force d'analyser dans chaque nouveau cas tout son substratum causal et symptomatique. Aux faits de Morel (1869), Legraud du Saulle, Foville, Ballet (1890), nous ajoutons le suivant :

SOMMAIRE. — *Hérédité maternelle.* — *Régime cellulaire.* — *Délire des persécutions.* — *Nosomanie.* — *Quatre-vingt-dix-sept jours de sommeil à cinq reprises, en quatre mois.* — *Apparition des troubles de la sensibilité, de la motilité.* — *Phosphaturie.* — *Alimentation possible.*

L. P..., âgé de trente-neuf ans, d'origine russe, se rappelle que sa mère était une personne très impressionnable, très nerveuse, que sa tante maternelle présentait les signes manifestes de la folie religieuse avec des apparitions, hallucinations de nature mystique, accompagnées d'illusions visuelles consistant dans la notion des dimensions des objets grossissant à l'infini et envahissant l'espace. Du reste, elle fut traitée dans un asile spécial.

Son père, sain d'esprit, mourut accidentellement du froid. P..., après avoir terminé ses études au collège, avec une médaille d'or, entre, admis au concours, à l'Institut technologique à Saint-Petersbourg pour se faire ingénieur. Il passe brillamment ses examens, tout en s'occupant de politique.

Il devint le disciple militant d'une école économiste très avancée, il prend part aux manifestations dirigées contre l'ordre existant, et se trouve arrêté et mis en prison. Là, déjà, découragé par l'insuccès de la cause défendue avec une profonde conviction, soumis à toutes sortes de privations morales et matérielles, il attend plusieurs fois à ses jours, et, s'il n'a pu réussir dans ses entreprises réitérées, c'est grâce à la vigilance toute particulière de ses gardes. Le moyen qu'il choisissait toujours pour se détruire était la pendaison. Il raconte lui-même qu'un jour, étant très près de la mort, le lieu constricteur lui faisait déjà perdre connaissance..., il éprouva comme s'il allait être lancé dans le vide et il vit tout en rouge.

Pour abréger la durée de son emprisonnement, il choisit le

régime cellulaire. Enfin, relâché, il fut soumis encore à la surveillance de la police.

Mêlé de nouveau à une affaire politique, craignant la déportation en Sibérie, il passe la frontière en 1877 et, depuis, il vit en qualité d'émigré. Tout adonné aux études transcendantes des philosophes allemands, à l'étude de la sociologie, de la théorie du socialisme, voire même de la médecine, il écrivait des articles sur tous ces différents sujets, dans les journaux russes, ce qui constituait son unique moyen de subsistance. Il habita d'abord Genève, et finalement se réfugia à Paris. Il n'était jamais assez loin, même une fois à l'étranger, de l'idée que les mouchards étaient constamment sur ses trousse, qu'il était l'objet d'une surveillance secrète de tout instant.

L'augmentation de la tension d'esprit dans cette direction, rehaussée par les événements de sa vie politique antérieure et les prédispositions héréditaires, ont préparé insensiblement son cerveau à se briser sur la pente de la folie. Un jour (1884), se trouvant dans la bibliothèque russe, il saisit un marteau qu'il a trouvé sur une table et se pencha vers le parquet dans une attitude de guetteur. On lui demande ce qu'il fait là : « C'est pour frapper le mouchard qui s'est caché dessous. »

Interné à l'asile de Sainte-Anne en 1884, il fut transféré en 1885 à l'asile de Saint-Dizier.

Ici, il manifeste le délire des persécutions surtout de nature altruiste ; avec ses tendances philanthropes, allant parfois jusqu'au dévouement, il incriminait souvent les employés, non tant pour lui personnellement, mais dans l'intérêt général des autres malades ; la plus légère injustice envers ses camarades le mettait hors de lui et était capable de le rendre violent. Ce trait constitue toujours le fond de son caractère. A part cela, il est dans les mêmes dispositions envers les mouchards auxquels il rattache le clergé catholique, dont lui, comme orthodoxe russe, se croit le bouc émissaire. Heureusement, il a pour sa défense la franc-maçonnerie, elle aura raison de toutes les menées cléricales et jésuitiques. Cette particularité d'esprit est assez fréquente chez les persécutés. Ils ont souvent quelque *deus ex machina* qui les protégera à l'occasion. D'une susceptibilité exagérée, il refusait d'accepter quelque extra, prétendant que les autres n'en avaient pas autant.

Tantôt calme, causant volontiers et en homme érudit, qui possède sa raison et la faculté de combinaison, cependant avec des tendances aux digressions sans fin et aimant à analyser

ses sensations en nosomane; tantôt très déprimé, ne parlant pas, recherchant la solitude, négligeant sa tenue; tantôt au contraire surexcité, récriminateur, soupçonnant les gardiens de mauvais vouloir envers lui, leur donnant des ordres et allant quelquefois jusqu'à la violence. P... ne présente pas, à proprement parler, le type de la folie circulaire, malgré quelques apparences de cette forme d'aliénation mentale. Les périodes de la lucidité, de la dépression et de l'excitation se succèdent sans ordre aucun, sont de durée et de fréquence variables et on ne peut y saisir de filiations caractéristiques.

Son vif désir était toujours de retourner dans un asile de la Seine, où il eût été à proximité de ses amis.

Le 20 octobre 1889, un de ses compatriotes lui écrit justement qu'il fera tout son possible pour le transférer à Sainte-Anne.

P... ne paraît pas impressionné par cette nouvelle. Il passe la journée du 21 comme d'habitude.

Mais le 22, il ne se lève pas. Au moment de la visite, on le trouve assis par terre dans une mare d'urine, les jambes écartées, les bras étendus devant lui, le regard dans le vide, sans parole, sans geste. On le soulève, aussitôt il gémit. Le gémissement s'observa plus tard à l'occasion de tout mouvement provoqué. On le couche à l'infirmerie. Le soir, il était étendu dans son lit, immobile, les yeux convulsivement fermés. Pour les ouvrir, on devait vaincre la résistance assez notable; ouverts, on constata que les paupières étaient largement dilatées et égales des deux côtés; cornée sensible. Sensibilité cutanée à la douleur très émoussée partout, supprimée aux membres supérieurs et aux jambes; sensibilité tactile ainsi que la sensibilité thermique exagérées. Réflexe rotulien paraît aboli; absence de trépidation épileptoïde, de contracture, de paralysie. Les muscles soulevés retombaient normalement; ils se contractaient sous l'influence de l'électricité faradique qui fut vivement ressentie par le malade, mais qui fut incapable de le retirer de son état.

Dans la journée, les infirmiers voulurent faire lever P... et le nourrir par force sans arriver à aucun résultat. Nous lui portons un morceau de pain à la bouche; à notre grand étonnement le malade saisit le pain avec les lèvres, le mâche et l'avale comme à l'état normal. Pendant cette opération, il pousse une sorte de grognement. Par la suite, la nourriture s'opère de cette façon et empêche le malade de dépérir. Nous

constatons que ses parotides sont très saillantes. Il est certain que le malade a la notion au moins partielle de ce qui se passe autour de lui, mais il ne peut ou ne veut pas réagir aux excitations psychiques. — Sueurs profuses.

Les deux jours suivants, même état.

Le 25, l'inertie persiste, cependant une fois le malade exécute l'ordre d'ouvrir les yeux. Il fait un grand effort pour écarter ses paupières, il dirige son regard vers nous, mais aussitôt il referme les paupières. On constate que la pupille droite est par moments plus dilatée. A l'approche de la nuit, cet état tout particulier se dissipe complètement. Le malade reprend sa vie ordinaire. Il se rappelle qu'on lui a parlé, mais il refuse d'entrer dans plus de détails, il ne se laisse pas examiner, en prétendant qu'il n'est plus malade. On remarque très nettement l'inégalité pupillaire. Elle est de peu de durée.

Les jours suivants, peu communicatif, récrimine, critique verbalement l'administration.

Le 2 novembre, plus sociable, cause avec loquacité, demande des journaux à lire.

Le 7 novembre, nouvelle période de sommeil caractérisée par les mêmes troubles que la première attaque, avec cette différence que, cette fois, les gémissements font défaut.

Sensibilité du tact et à la température exagérée; phénomène de la plante du pied; réflexe patellaire paraît aboli. Muscles doués d'une certaine élasticité: par exemple, le bras soulevé ne tombe pas tout d'un coup; il garde pendant quelques secondes la position acquise et ensuite retombe brusquement. Appétit exagéré. L'alimentation s'opère comme la première fois. Gâtisme. Cet état dure, sans aucune modification, jusqu'au 15 novembre, par conséquent huit jours pleins.

Le 15, le malade se réveille comme si de rien n'était. Il est de bonne humeur, se lève et entre de nouveau dans sa vie habituelle. Il avoue qu'il ressentait tout pendant son sommeil, qu'il entendait et comprenait les paroles, mais qu'il ne pouvait pas réagir. On se demande si cette dernière assertion est l'expression de la réalité; car, alors, pourquoi a-t-il pu ouvrir la bouche à l'approche de la nourriture et exécuter l'acte de mastication et de déglutition?

L'état de veille dure à peine vingt-quatre heures. Puis le sommeil reparait avec son cortège habituel; hyperesthésie généralisée au toucher: à la moindre pression le malade gémit, fronce les sourcils. Hyperexcitabilité nerveuse très prononcée.

En pressant sur le trajet du nerf facial, on provoque la contraction des muscles animés par le nerf; en faisant cette opération simultanément des deux côtés, on voit le rire sardonique se produire. Cette contraction ne cesse pas avec l'excitation, elle se prolonge encore pendant quelques secondes. Le même phénomène a lieu avec d'autres nerfs : le diaphragme excité se contracte spasmodiquement, et on assiste à la production de l'asphyxie : la face devient bleue, les veines du cou se dilatent, la respiration s'arrête, le thorax bombe en avant. Mis debout, le malade ne peut pas se tenir sur ses jambes, il s'affaisse. Assis, il paraît pouvoir garder cette position très longtemps sans faire le moindre mouvement.

Le 21 décembre, même situation. Les bains froids, les injections sous-cutanées d'éther ne peuvent rien contre cet anéantissement profond. Les urines sont très chargées de phosphates. Nous appuyons fortement sur cette circonstance pour différencier ce sommeil du sommeil hystérique, dans lequel il y a toujours diminution notable des phosphates. Le malade a considérablement maigri.

Le 3 janvier 1890, P... se réveille vers le soir. Il fume une pipe, boit un verre de lait. Mais bientôt il retombe dans son hypnose. Le lendemain, il se réveille de nouveau. Il passe la journée normalement. Mais à partir du 5 janvier au 9 février, il dort sans discontinuer.

Le 18 février, nouvelle attaque de sommeil : le malade s'endort sur sa chaise.

20 février. — Ayant des doutes sur la spontanéité de ces attaques et supposant que le malade y a sa part, pour éprouver sa sensibilité spéciale, nous lui serrons fortement le testicule. Il se réveille en sursaut. Il proteste. On le calme en l'engageant à ne plus dormir, car autrement, puisqu'il est gâteux, on le transporterait au quartier des malpropres. Ces paroles ont eu, paraît-il, une grande puissance curatrice, car depuis P... n'a plus eu d'attaques de son sommeil.

En résumé : P... héréditaire, présentant des périodes d'excitation et de dépression avec des idées de persécution et des scrupules exagérés, a été pris à plusieurs reprises d'un sommeil bizarre, accompagné de troubles dans la sphère des sensibilités et de la motilité, de

phosphaturie, et au cours duquel l'alimentation se faisait avec participation du malade. Il y eut en tout cinq attaques de sommeil.

La première dura quatre jours.

Douze jours après, survint une deuxième qui dura huit jours.

Vingt-quatre heures après, débute une nouvelle attaque, qui se prolonge pendant sept semaines et qui est suivie, au bout de dix jours, d'une autre de trente-cinq jours.

Dix jours de veille la séparent de la cinquième et dernière attaque, qui, le lendemain de son apparition, fut avortée par le serrement du testicule.

C'est dire que dans un espace de quatre mois, P. a dormi quatre-vingt-dix-sept jours de son sommeil anormal. Qu'était-ce au juste que ce sommeil ?

Assurément, nous ne pouvons l'étiqueter du nom de sommeil hystérique, dans lequel tout ce qui touche à la vie de relation est suspendu. La nourriture n'est possible que par la sonde, l'émission des sons ne s'observe pas, la sensibilité est abolie. Rien de tout cela dans notre cas. En outre, celui-là est accompagné de la diminution des phosphates dans les urines, tandis que chez P... leur taux fut considérablement augmenté.

C'est donc un sommeil à part, maniaque jusqu'à un certain point, car il est souvent voulu chez les aliénés à idées mystiques qui désirent s'isoler du monde extérieur pour méditer plus à l'aise leurs idées délirantes ou pour s'infliger de la sorte une peine volontaire.

P... n'a jamais voulu donner son appréciation détaillée sur son sommeil, il se retranchait toujours derrière la réponse invariable : « C'est ma psychose », et il nous est impossible de résoudre la question, à savoir, si, et en cas d'affirmative, jusqu'à quel point et pour quel motif la volonté entraine dans sa production. Il est indiscu-

table, même en admettant la simulation, qu'il y avait aussi beaucoup de spontanéité dans son apparition, puisque comment expliquer, en admettant l'hypothèse contraire, tous ces troubles de la sensibilité et cette phosphaturie, dont fut atteint P... pendant son sommeil et qui disparurent complètement à son réveil?

Thérapeutique

DU MÉTHYLAL

CHEZ LES ALIÉNÉS

ET DE SON ACTION COMPARATIVE AVEC LE CHLORAL

Par le D^r MARANDON DE MONTYEL,

Médecin en chef des asiles publics d'aliénés de la Seine.

Suite et fin (1)

Paralysie générale progressive. — MM. Boubila et Hadjès, des six cas qu'ils rapportent, ne se croient pas autorisés à tirer des conclusions. MM. Mairét et Combe male, de leurs sept observations, affirment que les différences de degré dans la maladie n'ont aucune influence sur les effets du remède, effets qui ont été d'une manière générale très satisfaisants lorsque les doses ont été portées entre 5 et 8 grammes. Dans ces cas, le plus souvent, le sommeil était complet pendant toute la nuit, parfois il ne durait que cinq ou six heures et, deux fois seulement, il n'a duré que trois et quatre heures. Lorsque les doses étaient inférieures à 5 grammes, le sommeil était interrompu puis repris après quelques moments d'agitation et on constatait ainsi plusieurs fois, dans le cours d'une même nuit, des alternatives de

(1) Voyez les *Annales* de septembre-octobre.

sommeil et d'agitation. Chez un seul malade, syphilitique, l'insuccès a été complet, malgré la dose élevée de 7 grammes. Enfin, l'accoutumance ne s'est pas produite, bien qu'ils aient administré le méthylal pendant huit jours de suite.

Je suis loin d'avoir été aussi heureux.

OBSERVATION XVII. — Juste V..., quarante ans, entré le 28 février 1887, atteint de paralysie générale progressive à la seconde période, avec vive surexcitation. Au dire des veilleurs, ce malade ne dormait pas et s'agitait toute la nuit. Le méthylal aux doses de 3 et 5 grammes, pendant douze jours, donne en moyenne, chaque nuit, six heures de sommeil avec, toutes les deux nuits, une intermittence très souvent sans agitation. Avant l'expérimentation du chloral, notre contrôle démontra que le malade, à cette époque, dormait trois heures au plus d'un sommeil entrecoupé et s'agitait le reste du temps. A la dose de 4 grammes, le chloral a, pendant quatre nuits, fourni une moyenne de près de huit heures de sommeil, une seule fois avec une intermittence agitée. Vu la faiblesse du malade et l'excellence des résultats, je réduisis la dose à 3 grammes et j'obtins de nouveau cinq autres nuits les mêmes effets. Le sixième jour, dans la matinée, V... eut une congestion cérébrale. L'administration du chloral datait de douze heures et son action hypnotique avait cessé, ce n'est donc nullement au médicament que fut due cette congestion, complication courante des paralysies générales à la seconde période. Il mourut le lendemain.

OBSERVATION XVIII. — Émile G..., cinquante ans, entré le 10 octobre 1888 atteint de paralysie générale à la troisième période, avec agitation. D'après les veilleurs, le malade ne dormait pas, il s'agitait une partie de la nuit. Le méthylal, à la dose de 3 grammes, procura, la première nuit, six heures de sommeil avec une intermittence de trois heures de surexcitation, et, les deux nuits suivantes, cinq heures de sommeil avec une intermittence de trois et de cinq heures d'agitation. Je portai la dose à 5 grammes, j'eus dès lors, pendant quatre nuits, dix et neuf heures consécutives de sommeil. Je suspendis le médicament pour contrôler, et les quatre nuits suivantes, sans hypnotique, il y eut, 8, 9, 8 et 7 heures de sommeil avec une intermittence mais sans agitation. Le malade était-il

entré dans une période de calme, est-ce le méthylal qui aurait agi?

OBSERVATION XIX. — Gaston C..., quarante-quatre ans, entré le 2 avril 1888, atteint de paralysie générale à la deuxième période, avec vive agitation. Au dire des veilleurs, ce paralytique dormait fort peu et criait la plus grande partie de la nuit. Le méthylal aux doses de 3 et de 5 grammes n'a agi que durant deux jours, fournissant une moyenne par nuit de cinq heures et demie de sommeil avec une intermittence de deux heures d'agitation. Le chloral, aux doses de 3 et 4 grammes, a donné pendant douze jours une moyenne de sept heures de sommeil avec une intermittence accompagnée trois fois seulement d'agitation. Au bout de ces douze jours, le médicament n'a plus fait dormir que quatre ou cinq heures d'un sommeil souvent interrompu.

OBSERVATION XX. — Louis M..., cinquante ans, entré le 24 février 1885, atteint de paralysie générale à la première période. Après une rémission incomplète assez longue, la maladie entra dans une nouvelle phase aiguë. D'après les veilleurs, ce malade ne dormait pas beaucoup et frappait souvent à la porte de sa cellule. 3 grammes de méthylal ont donné pendant quatre nuits sept heures et demie de sommeil avec une intermittence durant laquelle une fois seulement il y eut de l'agitation. Le cinquième jour, l'accoutumance s'établit et ne put être vaincue ni par 5 grammes, ni par 8 grammes du remède. Deux mois plus tard, ayant établi par notre contrôle que le malade était dans une période d'insomnie, ne dormait pas plus de deux ou trois heures avec une intermittence au moins et s'agitait durant cinq et six heures, le méthylal, aux doses de 5 et de 8 grammes, a complètement échoué. Avec ces doses élevées, il n'y a pas eu plus de trois heures d'un sommeil souvent interrompu et l'agitation du reste de la nuit n'a été en rien apaisée. Le chloral, au contraire, aux doses de 4 et 5 grammes, a donné, pendant treize jours et sans la moindre accoutumance, une moyenne de près de huit heures par nuit d'un sommeil qui n'a été interrompu qu'une seule fois par une veille tranquille et de courte durée. Le médicament fut supprimé le quatorzième jour; son action persista les deux nuits suivantes durant lesquelles M... dormit huit heures et sept heures, puis l'insomnie revint et fut de nouveau avantageusement combattue par le chloral.

OBSERVATION XXI. — Auguste V..., trente-trois ans entré le 17 mai 1888, atteint de paralysie générale à la pre-

mière période avec très violente agitation. Notre contrôle établit une insomnie complète avec cris et chants. 3 grammes de méthylal ont complètement échoué; 5 grammes ont amené, une nuit, sept heures de repos avec deux intermittences sans agitation; 8 grammes, une autre nuit, huit heures de sommeil avec une intermittence sans agitation, et 10 grammes, le même résultat une troisième nuit. Après quoi, l'accoutumance a été complète. Le chloral, à la dose de 3 grammes, n'a procuré qu'une seule bonne nuit de sept heures de sommeil avec deux intermittences; à cause de la faiblesse du malade, je n'ai pas cru devoir forcer la dose.

OBSERVATION XXII. — Désiré M..., trente-six ans, entré le 7 octobre 1887, atteint de paralysie générale à la dernière période avec très vive surexcitation. Notre contrôle établit que le malade dormait à peine deux heures par nuit d'un sommeil léger et interrompu, et s'agitait violemment le reste du temps. 3 grammes de méthylal restèrent sans effet, 5 grammes donnèrent la première nuit neuf heures consécutives de sommeil, mais l'accoutumance fut immédiatement établie, car le lendemain ils restèrent sans effet, et avec 8 grammes le surlendemain, on n'obtint qu'une heure de repos. Ainsi le méthylal n'a eu d'action qu'une fois à la dose de 5 grammes. Le chloral, à la dose de 3 à 4 grammes, a, pendant vingt-trois jours, sans accoutumance, procuré chaque nuit six heures de sommeil avec, toutes les deux nuits, une intermittence, le plus souvent sans agitation. Pour contrôler ces excellents résultats, je suspendis le chloral le vingt-quatrième jour; mais l'insomnie agitée reparut immédiatement et il suffit de revenir au chloral pour obtenir de six à sept heures de sommeil.

OBSERVATION XXIII. — Célestin A..., quarante-un ans, entré le 7 mai 1888, atteint de paralysie générale à la seconde période. Notre contrôle démontra une insomnie complète avec constante surexcitation. Le méthylal a complètement échoué; 3 et 5 grammes n'ont produit aucun effet. 8 grammes ont donné, la première nuit, deux heures de sommeil et encore avec une intermittence; l'agitation nocturne a été en partie calmée, voilà tout. Le chloral, aux doses de 3 et 4 grammes, a donné, durant douze jours, sans indice d'accoutumance, une moyenne par nuit de plus de six heures de sommeil, avec, toutes les quatre nuits environ, une intermittence agitée d'assez courte durée. Le treizième jour, je suspendis le chloral pour contrôler; mais, cette nuit là, l'insomnie fut absolue et l'agitation effroya-

ble d'intensité. Je revins immédiatement au chloral et aux mêmes doses que précédemment. J'obtins, durant six nouvelles nuits, une moyenne de sommeil de cinq à six heures avec, tous les trois jours, une intermittence de deux à trois heures d'agitation. A partir de la onzième nuit, l'accoutumance s'établissait et devenait complète à la treizième.

OBSERVATION XXIV. — Philibert M..., quarante-neuf ans, entré le 23 juillet 1888, atteint de paralysie générale à la seconde période avec très violente agitation. Notre contrôle démontra que le malade dormait de une à deux heures par nuit et s'agitait presque tout le reste du temps. Le méthylal a donné, aux doses de 5 à 8 grammes, pendant huit jours, après quoi l'accoutumance était établie, une moyenne par nuit de près de six heures consécutives de sommeil. A la suite de ce repos, le malade recommençait à s'agiter. Les résultats avec le chloral ont été encore plus favorables, même au point d'inquiéter. 3 grammes, après avoir procuré la première nuit huit heures consécutives de sommeil, n'en ayant plus donné que deux la seconde nuit, avec trois heures seulement de veille tranquille, je portai la dose à 5 grammes. Le malade dormit treize heures sans discontinuer. Je supprimai le médicament. De suite l'insomnie fut complète avec agitation des plus violentes. Je revins au chloral, mais à la dose de 3 grammes, et durant sept jours, j'eus chaque nuit de huit à neuf heures de sommeil sans intermittence, sauf une fois, et pas d'agitation; mais le huitième jour, bien que la dose restât la même, M..., ayant dormi treize heures consécutives et le neuvième jour dix-sept heures consécutives, je ne crus pas prudent d'insister. L'action hypnotique se continua un peu la nuit suivante, qui compta cinq heures de sommeil avec une intermittence et pas d'agitation, puis l'insomnie revint comme autrefois.

OBSERVATION XXV. — Auguste B..., cinquante-huit ans, entré le 27 février 1888, atteint de paralysie générale à la troisième période avec agitation très violente. Notre contrôle établit que le malade sommeillait tout au plus deux ou trois heures avec fréquentes interruptions et s'agitait le reste de la nuit. Le méthylal a été prescrit aux doses de 5, 8 et 10 grammes. 5 grammes ont complètement échoué, 8 grammes ont procuré la première nuit huit heures de sommeil avec une intermittence de deux heures d'agitation, et, la seconde nuit, cinq heures seulement de sommeil avec une intermittence de quatre heures d'agitation. Puis l'accoutumance a été complète; car

une dose de 10 grammes n'a donné que deux heures d'un repos léger suivi d'une violente agitation de cinq heures. En somme, le méthylal, dans ce cas, n'a agi qu'à la dose de 8 grammes et durant deux nuits seulement. Le chloral, lui, à la dose de 5 grammes, a fourni pendant treize jours, sans indice d'accoutumance, une moyenne par nuit de six heures de sommeil, avec une intermittence d'une heure environ d'agitation. Au bout de ce temps, je crus prudent de supprimer le médicament, à cause de la faiblesse du malade. Au début, B... repoussait le chloral à cause du goût; une forte dose de sirop de fleur d'oranger triompha de ses répugnances. Il eut aussi de la diarrhée deux jours; mais, pour la supprimer, il suffit, sans suspendre le remède, de recourir au sous-nitrate de bismuth et à un régime fortement animalisé.

OBSERVATION XXVI. — Savin Dir..., quarante-cinq ans, entré le 9 avril 1888, atteint de paralysie générale à la première période avec crises fréquentes de vive surexcitation. Notre contrôle démontra que, même lors des crises, le malade n'avait pas d'agitation nocturne, mais dormait au plus trois ou quatre heures d'un sommeil interrompu. Le méthylal, aux doses de 3 et de 5 grammes, n'a jamais modifié cet état. Une fois le malade eut une violente crise d'agitation nocturne aussi bien que diurne, on lui administra d'emblée 6 grammes de méthylal, il dormit seulement deux heures de suite et s'agita quatre heures. Le chloral, à la dose de 3 grammes, ne réussit pas davantage; mais 5 grammes de ce médicament procurèrent, durant quatre nuits, une moyenne de cinq heures de sommeil avec une intermittence et l'agitation nocturne fut complètement supprimée, mais l'accoutumance s'établit.

OBSERVATION XXVII. — Augustin Lec..., entré le 4 août 1888, atteint de paralysie générale à la première période, avec très violente agitation. Notre contrôle établit que ce malade dormait au plus par nuit deux heures, encore non consécutives, et s'agitait vivement le reste du temps. Le méthylal, aux doses de 5 et de 8 grammes, a complètement échoué, il n'a pas procuré une heure de sommeil en plus et l'agitation n'a même pas été calmée. Le chloral, aux doses de 3 à 5 grammes, a donné, pendant quinze jours, sans indice d'accoutumance, une moyenne de six à sept heures de sommeil avec une intermittence tous les trois jours et presque pas d'agitation. Le seizième jour, le médicament fut supprimé pour contrôler, l'action hypnotique se continua pendant deux jours, puis l'insomnie avec

agitation nocturne reparut comme par le passé et fut de nouveau enrayée par le chloral. Le malade eut durant la médication une légère diarrhée qui fut vite coupée, sans suspension du remède, par le sous-nitrate de bismuth et un régime fortement animalisé.

OBSERVATION XXVIII. — Jules Arth..., quarante-quatre ans, entré le 24 septembre 1888, atteint de paralysie générale à la deuxième période avec vive agitation diurne. Notre contrôle établit que bien que ce paralytique ne s'agitait que rarement la nuit, il ne dormait pas plus de deux à trois heures non consécutives. Le méthylal, à la dose de 3 grammes, donna, la première nuit, six heures de sommeil avec deux intermittences et la seconde nuit, cinq heures avec une intermittence. Après ces deux jours, l'accoutumance était établie, car deux doses de 6 grammes et de 8 grammes restèrent sans effet. Le chloral, à la dose de 3 grammes, procura, la première nuit, sept heures de sommeil avec une intermittence et, les nuits suivantes, de trois à quatre heures seulement, rarement avec une intermittence ; à la dose de 5 grammes, il donna, pendant cinq nuits, une moyenne de six à sept heures de sommeil, puis il y eut accoutumance.

OBSERVATION XXIX. — Paul Laff..., trente-cinq ans, entré le 15 octobre 1888, atteint de paralysie générale à la première période avec très vive agitation. Notre contrôle établit que ce paralytique dormait une heure ou deux, rarement de file, et s'agitait une grande partie de la nuit. Le méthylal, à la dose de 5 grammes, n'a agi que la première nuit, où il procura neuf heures consécutives de sommeil ; mais le lendemain l'insomnie reparaissait et l'accoutumance était établie, car 7 grammes restèrent sans effet. Le chloral a donné pendant vingt-quatre nuits, à la dose de 3 grammes et sans indice d'accoutumance, une moyenne, par nuit, de six à sept heures de sommeil, avec une intermittence souvent sans agitation. Le vingt-cinquième jour, le chloral fut supprimé pour contrôler ; mais l'insomnie avec agitation s'ensuivit immédiatement et fut de nouveau vaincue par le même remède.

OBSERVATION XXX. — Étienne V..., cinquante-quatre ans, entré le 29 août 1888, atteint de paralysie générale à la seconde période. Notre contrôle établit que ce malade ne s'agitait pas la nuit, mais dormait à peine trois à quatre heures d'un sommeil toujours interrompu au moins une fois. 3 grammes de méthylal ont très bien réussi chez lui. Ils ont procuré, pendant neuf jours, sans indice d'accoutumance, une moyenne de sept à

huit heures de sommeil sans intermittence le plus souvent. Après la suppression du médicament, l'action hypnotique s'est continuée pendant deux jours, puis l'insomnie reparut. A ce moment, le chloral, à la dose de 3 grammes, a eu pendant neuf jours, également sans indice d'accoutumance, les mêmes effets, qui se sont aussi continués les deux nuits qui ont suivi la suppression.

OBSERVATION XXXI. — Jules T..., trente-sept ans, entré le 3 décembre 1888, atteint de paralysie générale à la première période, avec agitation nocturne et diurne des plus violentes. Notre contrôle a établi une insomnie agitée complète. Le méthylal prescrit pendant deux jours aux doses de 5 grammes et de 8 grammes n'a rien modifié; le malade n'a pas dormi une minute et l'agitation a été tout aussi vive. Le chloral, à la dose de 3 grammes, a procuré la première nuit six heures consécutives de sommeil et pas d'agitation; les deux nuits suivantes le malade a continué d'être calme, mais il n'a plus eu que trois ou quatre heures consécutives de repos. La dose du chloral a été alors portée à 5 grammes. T... a eu deux nuits excellentes de sept et six heures consécutives de repos, puis tout en continuant d'être calme, il n'a plus dormi que trois ou quatre heures d'un sommeil souvent suivi, parfois interrompu.

Nous avons encore moins réussi avec le méthylal dans la paralysie générale que dans la folie simple. Sur quinze cas, toujours en négligeant le côté accoutumance, nous en trouvons à peine quatre franchement favorables et, sur ces quatre, deux seuls ont eu l'insomnie constatée par notre contrôle et un dormait de trois à quatre heures sans hypnotique. Ici encore, tandis que le méthylal échouait, le chloral réussissait; nous avons, en effet, dix succès sur quatorze cas et encore deux des quatre cas que nous comptons comme des insuccès se rapprochent-ils beaucoup de certains cas de méthylal regardés par nous comme favorables. On voit combien nos résultats concordent peu avec ceux de MM. Mairét et Combemale.

Démence sénile et démence athéromateuse. — C'est

surtout dans ces formes vésaniques que le méthylal aurait réussi ; il serait l'hypnotique par excellence des démences séniles et athéromateuses. D'après MM. Mair et Combe, dans les démences par athéromasie, ce médicament, même à des doses relativement faibles, donne lieu pendant les cinq ou six premiers jours à un sommeil continu et se prolongeant toute la nuit ; mais, au bout de ce temps, le sommeil devient moins complet et ne dure que cinq à six heures, même quand on augmente les doses. MM. Bonbilla et Hadjès ont été encore plus heureux, car ils écrivent que le méthylal maîtrise les insomnies liées à la sénilité, ainsi que celles qui relèvent d'une altération organique des centres nerveux et de la moelle, que cette action bienfaisante a lieu avec des doses de 3 à 5 grammes et que, dans aucun cas, ils n'ont obtenu l'accoutumance au bout d'une période de cinq ou six jours.

Je n'ai pu expérimenter que dans quatre cas, car dans quatre cas seulement notre contrôle a établi que l'insomnie existait réellement. Un des malades a refusé absolument la potion à partir du quatrième soir. Sur les trois restant, un n'a retiré aucun bénéfice du méthylal aux doses élevées de 5 et de 8 grammes, un autre a dormi deux nuits avec 8 grammes et le troisième a retiré d'excellents effets de la médication. En résumé, un succès pour deux insuccès. Sans doute, un si petit nombre d'observations ne permet pas d'être bien affirmatif ; toutefois, je ne puis m'empêcher de remarquer que ces résultats sont singulièrement conformes à ceux que nous avons obtenus dans la folie simple et la folie paralytique. Voici d'ailleurs ces quatre observations :

OBSERVATION XXXII. — Charles Ren., quatre-vingt-dix-huit ans, entré le 19 mai 1885, atteint de démence sénile non athéromateuse. Le malade ne s'agite pas la nuit, mais il dort très peu. Notre contrôle donne de une à trois heures au maxi-

mum d'un sommeil jamais continu. Le méthylal, à la dose de 3 grammes, reste absolument sans effets; cette nuit-là, l'aliéné ne dort qu'une heure; 5 grammes procurent le lendemain sept heures de sommeil avec deux intermittences, mais la nuit d'après quatre heures seulement et encore avec deux intermittences. La dose est portée à 8 grammes. Ren... refuse absolument de prendre le médicament qui, dit-il, lui brûle l'estomac et lui donne des renvois acides. Même impossibilité de lui faire absorber du chloral.

OBSERVATION XXXIII. — Eugène Beau..., soixante-quinze ans, entré le 20 août 1888, atteint de démence sénile athéromateuse sans agitation. Comme dans le cas précédent, le malade ne s'agite pas la nuit, mais il dort très peu; là aussi notre contrôle donne de une à trois heures au maximum d'un sommeil jamais continu. Sous l'influence de 3 grammes de méthylal, il dort deux nuits de suite, six heures avec une intermittence et de 8 grammes pendant huit jours sans indice d'accoutumance, de sept à huit heures consécutives. L'état du cœur ne m'a pas permis d'administrer le chloral.

OBSERVATION XXXIV. — Martial Mou..., quatre-vingt-quatre ans, entré le 23 juillet 1888, atteint de démence sénile athéromateuse avec très vive agitation. Le malade s'agite bien plus le jour que la nuit, mais il dort tout au plus trois heures d'un sommeil très léger et très souvent interrompu. Il prend 5 grammes de méthylal et cette nuit-là il ne dort que deux heures consécutives; la dose est portée à 8 grammes et, deux nuits de suite, il dort huit heures de file, puis l'accoutumance s'établit brusquement et 10 grammes restent sans action. Aux doses de 3 à 5 grammes pendant huit jours et sans trace d'accoutumance, le chloral a donné par nuit une moyenne de sept heures et demie de sommeil avec une intermittence. Cet aliéné étant très âgé et très affaibli, je n'ai pas cru, bien qu'il parût tolérer fort bien les 5 grammes de chloral, prolonger cette médication. La nuit qui suivit la suppression de cet hypnotique, le sommeil n'a plus été que de trois heures, léger et interrompu comme auparavant.

OBSERVATION XXXV. — Dieudonné Lau..., soixante-dix ans, entré le 25 octobre 1888, atteint de démence sénile athéromateuse avec très vive agitation. Notre contrôle établit que le malade dort au plus par nuit deux ou trois heures d'un sommeil interrompu et s'agite violemment le reste du temps. Le méthylal aux doses de 5 et 8 grammes est resté absolument

sans action. Le ehloral, aux doses de 3 et de 5 grammes, a faiblement réussi; l'agitation, il est vrai, a été presque entièrement apaisée, mais, sur quatorze nuits, il n'y a eu que deux fois seulement six heures de sommeil et trois fois seulement cinq heures, et six fois quatre heures. Les intermittences ne se sont montrées au nombre d'une par nuit que quatre fois.

Folie épileptique. — MM. Mairét et Combemale ne parlent pas dans leur Mémoire de la folie épileptique. MM. Boubila et Hadjès pensent que le méthylal ne doit être prescrit que dans des cas particuliers de manie épileptique; mais ils ne spécifient pas quels sont ces cas particuliers. Je ne puis combler complètement ces lacunes. Les épileptiques actuellement dans mon service ne présentent pas ces longues périodes d'excitation ou de dépression permettant l'expérimentation suivie des hypnotiques. Toutefois, à en juger par quatre cas, l'action ne différerait guère de celle constatée jusqu'ici.

OBSERVATION XXXVI. — Victor Bru..., trente-deux ans, entré le 27 août 1888. Au dire des veilleurs, quand il a eu ses attaques, il ne s'agit pas la nuit, mais il ne dort pas. Après une série de crises convulsives, le méthylal est prescrit pendant cinq jours à la dose de 3 grammes, et le malade dort chaque nuit au moins huit heures consécutives. La suppression du médicament ne change guère la situation; le relevé du sommeil a été continu pendant cinq jours et on a toujours constaté de six à neuf heures de repos avec une intermittence tous les deux jours. Bru... était-il réellement dans une phase d'insomnie épileptique quand le méthylal a été prescrit? Je ne le erois pas.

OBSERVATION XXXVII. — Henri Can..., cinquante-trois ans, entré le 27 août 1880. Notre contrôle établit qu'à la suite de ses attaques le malade a une surexcitation de deux à trois jours, durant laquelle, bien que calme la nuit, il dort à peine une ou deux heures d'un sommeil léger et interrompu. 5 grammes de méthylal restent sans effets, car il n'y a qu'une heure de repos; 8 grammes le lendemain ne procurent que cinq heures de sommeil sans intermittence et encore la crise touchait à sa fin; car, le troisième jour, le malade était revenu à son état normal et, sans hypnotique, dormait toute la nuit.

OBSERVATION XXXVIII. — Théodore L..., trente-deux ans, entré le 23 avril 1888. Avant ses attaques, le malade a, durant quatre ou cinq jours, une période de très vive agitation et notre contrôle établit qu'à ces moments, il dort à peine une ou deux heures d'un sommeil jamais continu et s'agite une grande partie de la nuit. A deux reprises, après que l'insomnie eût été bien constatée, le méthylal, à la dose de 5 grammes a procuré de sept à huit heures de sommeil sans intermittence ni agitation. C'est un des cas les plus favorables que nous ayons obtenus.

OBSERVATION XXXIX. — Léopold L..., trente ans, entré le 27 août 1888. Notre contrôle établit qu'après les attaques, qui arrivent par séries de quatre ou cinq tous les douze ou quinze jours, le malade, particularité curieuse, reste calme, mais pendant sept ou huit nuits ne dort pas une minute. 5 grammes de méthylal procurèrent, les deux premières nuits, six heures de sommeil et, la troisième nuit, cinq heures, les trois fois avec une intermittence; puis l'acoutumance s'établit, car 8 grammes ne procurèrent pas une seule minute de sommeil la quatrième nuit.

Folie alcoolique. — Dans cette variété, tandis que le méthylal réussissait dans les mains de MM. Boubila et Hadjès, il échouait radicalement dans les mains de MM. Mairet et Combemale. Ici encore, malheureusement, nous n'avons pu pousser loin nos recherches; car les alcooliques, comme les autres malades, n'arrivent à Ville-Évrard qu'après un séjour plus ou moins prolongé, d'abord au Dépôt de la préfecture de police et, enfin, au bureau d'admission de Sainte-Anne, c'est-à-dire à peu près guéris de leurs troubles aigus et de l'insomnie concomitante. Pourtant, dans deux cas où la séquestration était récente et l'insomnie persistante, nous avons pu expérimenter le méthylal et les résultats n'ont pas été trop mauvais.

OBSERVATION XL. — Alexandre G..., cinquante et un ans, entré le 1^{er} octobre 1888, pour sa cinquième crise de delirium tremens. A son arrivée, le malade raisonne bien, raconte que le

jour il est dans son état normal, mais que la nuit il lui est absolument impossible de dormir, car il a sans cesse devant les yeux des fantômes mobiles et grimaçants. 3 grammes de méthylal donnent, pendant trois nuits, une moyenne de sept à huit heures de sommeil; il y a eu une seule intermittence la première nuit. Puis l'accoutumance s'établit et 6 grammes restent sans action. 3 grammes de chloral procurent, pendant trois nuits, neuf heures consécutives de sommeil. Le malade, le quatrième soir, renverse par mégarde la potion et n'avertit pas le veilleur de sa maladresse; cette nuit-là, il sommeille à peine deux heures. Les quatre nuits suivantes, les 3 grammes de chloral procurent de nouveau neuf heures consécutives de sommeil. Puis la guérison complète est obtenue; l'alcoolique dort bien sans hypnotique.

OBSERVATION XLI. — Ernest T..., cinquante et un ans, entré le 17 novembre 1888 pour sa huitième crise de delirium tremens. A son arrivée, le malade est relativement bien le jour, mais les nuits sont encore très mauvaises. T... ne dort pas du tout, il a de nombreuses hallucinations de la vue et de l'ouïe. Pendant quatre nuits, le méthylal, à la dose de 5 grammes, donne de sept à huit heures consécutives de sommeil. Le malade se sentant bien, le médicament est supprimé sur sa demande, mais la nuit qui suit il ne dort que deux heures d'un sommeil troublé; le méthylal, repris à la dose de 5 grammes, donne de nouveau de sept à huit heures de sommeil jusqu'à la guérison complète, arrivée trois jours après.

Ces quarante et une observations, recueillies avec l'aide de mon interne M. Souillard, démontrent tout d'abord que le méthylal, s'il est sans conteste un hypnotique, est un hypnotique faible. Déjà dans nos expérimentations relatives à l'action physiologique, nous avons constaté qu'administré dans la journée, aux fortes doses de 7, de 10 et de 12 grammes, à des hommes ayant bien dormi la nuit précédente, il n'amène pas de sommeil le plus souvent. Nos recherches thérapeutiques, de leur côté, montrent qu'il procure plutôt un supplément de repos qu'il n'impose celui-ci de toute pièce à un organisme rebelle. Il réussit surtout,

en effet, dans les cas chroniques, là où il s'agit de régulariser ou de prolonger un sommeil interrompu ou insuffisant; mais partout où la surexcitation psychique s'associe à une insomnie un peu intense, il échoue. Aussi ne sommes-nous pas surpris que MM. Mairet et Combemale n'aient retiré aucun avantage de son administration dans les folies vésaniques au début et surtout dans les folies alcooliques, qui ont pour symptôme habituel l'agitation nocturne. Mais quand on cherche l'exacte puissance narcotique d'une substance, n'est-ce pas précisément dans les cas où l'absence de sommeil est à son apogée qu'il faut la prescrire? Je l'ai pensé. En conséquence, que la maladie fût aiguë ou chronique, j'ai toujours eu soin de choisir les aliénés chez lesquels un contrôle minutieux m'avait démontré l'existence d'une insomnie sérieuse et persistante, et je suis arrivé aux résultats peu satisfaisants que j'ai rapportés. Je suis dès lors convaincu que le méthylal est, je le répète, un hypnotique faible; cette conviction ne saurait être ébranlée par les quelques maigres succès fournis par des alcooliques, car leur crise était au déclin. A la phase d'acuité, j'aurais très certainement échoué. Et la preuve encore du peu d'énergie de ce médicament, c'est que nous l'avons vu dans la proportion de 33.33 p. 100 ne produire absolument aucune action.

Cependant, dans le mémoire de MM. Mairet et Combemale, nous avons remarqué que les aliénés les plus réfractaires à l'influence du méthylal étaient du sexe masculin. Or, MM. Boubila et Hadjès, qui ont obtenu d'heureux effets de cette substance, l'ont prescrite à des femmes et moi, qui n'ai certes pas à m'en louer, je l'ai prescrite à des hommes. Le sexe féminin y serait-il plus sensible que le masculin? Dans tous les cas, nous relevons que MM. Mairet et Combemale ayant expérimenté sur onze hommes et trente femmes; ont eu avec

les premiers six mauvais résultats, soit la proportion défavorable de 54.55 p. 100 et avec les secondes vingt-six résultats bons, soit l'énorme proportion favorable de 86.67 p. 100. Les trente-trois malades de MM. Boubila et Hadjès étaient toutes du sexe féminin. Pour établir avec équité la proportion de leurs succès et de leurs insuccès, je suis obligé de prendre une base d'appréciation un peu différente de la leur. Ces savants confrères mettent à l'actif du méthylal les cas où il n'y a eu que quatre ou cinq heures de sommeil ; c'est par trop insuffisant. Je l'ai déjà dit, ils sont rares, très rares, bien que l'opinion contraire soit assez accréditée, les aliénés qui, même dans la phase aiguë du mal, ne dorment pas deux ou trois heures par nuit ; dès lors un hypnotique, pour justifier ce nom, doit amener de six à sept heures de repos, tout au moins de cinq à six heures. Avec ces derniers chiffres comme critérium de la réussite, la proportion des succès dans les expériences de MM. Boubila et Hadjès atteint avec peine 53.13 p. 100. En réalité, ces distingués aliénistes auraient été moins heureux qu'ils ne le croient. Nous, en faisant aussi la part large au méthylal, en lui abandonnant généreusement tous les cas douteux, nous arrivons quand même avec nos quarante et un hommes, à une proportion défavorable de 56.39 p. 100. Elle se rapproche très sensiblement de celle fournie par les onze hommes de MM. Mairet et Combemale. Peut-être y aurait-il des recherches ultérieures à entreprendre sur l'action spéciale du méthylal chez la femme.

Mais ce qui, à notre avis, condamne irrémédiablement cet hypnotique, c'est, même dans les cas les plus favorables, la rapidité de l'accoutumance. Cette rapidité d'accoutumance, les partisans les plus enthousiastes du méthylal sont obligés de la reconnaître ; ils ajoutent, il est vrai, pour pallier cet aveu imposé par l'évidence des

faits, qu'une abstinence de quelques jours suffit à l'organisme pour reconvrer son impressionnabilité. Nous disons, nous, que cet aveu est, en aliénation mentale du moins, la condamnation même du remède, car les maladies psychiques ont une durée non de jours ou de semaines, mais de mois; partant, pour combattre l'insomnie, leur symptôme habituel, la première qualité à exiger d'un narcotique est la persistance d'action. Je donnerai une idée de la rapidité avec laquelle l'accoutumance au méthylal s'est établie chez nos aliénés, par le relevé suivant de dix-huit cas dans lesquels toutes les doses, jusqu'aux plus élevées — 10 ou 12 grammes en une fois — ont été épuisées, afin d'établir sans erreur que l'organisme était devenu définitivement et totalement réfractaire. L'accoutumance s'est montrée :

Après un jour....	1 fois.	Après sept jours.....	2 fois.
— deux — ...	2 —	— huit —	1 —
— trois — ...	3 —	— neuf —	1 —
— quatre — ...	4 —	— dix —	1 —
— cinq — ...	1 —	— treize —	1 —

Bien que le méthylal me paraisse maintenant condamné, je veux, sans parler de son prix très élevé qui ne permet guère aux services d'indigents de s'en approvisionner, signaler un autre de ses inconvénients. Certes, il remplit, je le reconnais, la plupart des conditions secondaires exigées d'un hypnotique destiné à des aliénés. Il a un goût agréable, il ne trouble aucune fonction et ne laisse au réveil aucune trace de son passage; mais il a le grand inconvénient d'être plus volatile encore que l'éther, si volatile que M. Lemoine conseille, avec raison, de préparer les potions seulement au moment de les administrer. Eh bien! dans nos vastes asiles de mille à douze cents malades, c'est là une très grosse complica-

tion, susceptible d'entraver la prescription en grand du remède, si son efficacité était démontrée.

De ce que le méthylal ne répond pas aux espérances que nous en avons conçu, faut-il nous désoler ? Pourquoi ? N'avons-nous pas le chloral.

Oh ! je sais bien que le chloral, criera-t-on, a un mauvais goût qui rebute les aliénés d'habitude très méfiants, qu'il trouble les fonctions digestives et donne la diarrhée, enfin qu'il déprime le cœur. Sans doute il y a du vrai dans tout cela ; mais, à côté du mal, se trouve aussi le remède.

Et tout d'abord il est facile de masquer le goût désagréable du chloral avec du sirop de menthe ou de fleurs d'orangers, et puis l'aliéné, comme l'a démontré le grand clinicien Morel à l'occasion de l'affaire Derozier, au milieu même de ses plus grandes divagations, reste homme et, quand il a passé une bonne nuit après avoir pris à grand'peine sa potion le premier soir, il la reprend sans trop de difficultés les soirs suivants pour jouir du même bien-être. En général, tous les aliénés qui refusent avec obstination une potion chloralique édulcorée et parfumée sont ceux qui refusent tout médicament. Quant à l'action perturbatrice sur le tube digestif, je l'ai vue rarement se produire, quand on a soin d'administrer toujours le remède trois ou quatre heures après le repas du soir et de soumettre les malades à un régime riche en azote. Si, par exception, dans ces conditions, la diarrhée se produit, elle cède vite, sans qu'il faille suspendre l'hypnotique, aux astringents ou à une alimentation exclusivement animale. Nos observations l'établissent. L'action déprimante sur le cœur est plus grave ; mais a-t-elle toute l'intensité que certains se plaisent à lui prêter ? J'ai donné, dans plusieurs cas rapportés dans ce Mémoire, le chloral à la forte dose de 5 grammes, sans qu'il en soit rien résulté ; il m'est même arrivé d'en con-

tinuer l'usage à cette très haute dose durant plus de trois semaines consécutives et toujours sans la moindre perturbation cardiaque. La vérité est qu'il ne faut pas prescrire le chloral aux individus porteurs d'une maladie de cœur, voilà tout.

Justice faite de ces accusations, je continue à comparer entre eux le méthylal et le chloral, et je dis que nous devons d'autant moins regretter les résultats défavorables du premier que, partout où il a échoué, le second a réussi. Nous avons prescrit celui-ci aux mêmes malades qui n'avaient retiré aucun bénéfice de celui-là et, sur trente cas, nous avons eu vingt-trois succès, soit la jolie proportion favorable de 76,66 %, et encore, en ne considérant comme succès que les cas où le sommeil a été de six à sept heures au moins. Deux fois seulement, chez un vésanique et chez un paralytique, l'action du chloral est restée inférieure à celle du méthylal. Si nous ajoutons que le sommeil procuré par le chloral est d'ordinaire continu, tandis que celui amené par le méthylal est souvent interrompu, et que l'action hypnotique du premier se continue, presque toujours pendant une nuit, parfois pendant deux nuits, par exception durant trois nuits, on verra combien l'un l'emporte sur l'autre.

Je considère comme très important ce fait habituel de la continuité du sommeil chloralique; car le sommeil interrompu, tel qu'il est donné par le méthylal, est très peu réparateur. Un hypnotique qui déterminerait cinq heures de repos, mais consécutives, serait préférable à un autre qui en procurerait sept, mais avec un et deux intervalles d'agitation ou même de simple veille. Eh bien, le chloral a sur le méthylal le double avantage d'apporter un sommeil à la fois plus long et plus continu. Je considère comme tout aussi important, cet autre fait habituel de la persistance pendant une nuit au moins de l'action hypnotique du chloral après sa

suppression, persistance presque impossible avec le méthylal, étant donnée la rapide accoutumance de l'organisme. Cette persistance d'action est, en effet, à utiliser pour prolonger longtemps la médication sans en ralentir les effets. Bien que l'accoutumance soit assez longue à s'établir avec le chloral, encore un avantage de cet hypnotique sur le méthylal, elle finit pourtant par se produire. Dans bien des cas — on en a parmi nos observations — aucune assuétude ne se montre même après des semaines ; mais il est conforme à la vérité de reconnaître que ces faits ne sont pas les plus nombreux. D'ordinaire, au bout de deux semaines, l'action faiblit. Qu'à temps on mette à profit la persistance de l'action hypnotique pour ne prescrire le remède que tous les deux jours ou même tous les trois jours, suivant les circonstances, et on parviendra à reculer presque indéfiniment l'époque de l'accoutumance.

La supériorité des résultats obtenus avec le chloral, en comparaison de ceux fournis chez les mêmes malades par le méthylal, a une valeur d'autant plus grande que celui-là a été administré le plus souvent immédiatement après celui-ci, sans aucun jour intercalaire de repos. Or c'est là une mauvaise condition de réussite, l'expérience m'ayant démontré qu'un hypnotique qui succède immédiatement à un autre développe rarement toute sa puissance.

Le chloral est donc, sans conteste, un médicament de beaucoup supérieur au méthylal et rien ne justifie la substitution du second au premier. Je dirai plus : le méthylal trouvera peut-être son indication dans certaines maladies physiques où il faut pendant un laps de temps assez court régulariser ou augmenter le sommeil plutôt que le créer ; mais cet hypnotique faible, auquel surtout l'organisme s'habitue en trois ou quatre jours, ne me paraît pas appelé, d'après les faits nom-

breux que j'ai observés, à trouver sa place dans la thérapeutique des maladies mentales, affections dont l'évolution se compte par mois, qu'accompagnent des insomnies intenses et tenaces et qui, en conséquence, réclament des narcotiques tout ensemble puissants et à longue portée.

Médecine légale

DE LA RESPONSABILITÉ LÉGALE

ET

DE LA SÉQUESTRATION DES ALIÉNÉS PERSECUTEURS

RAPPORT FAIT AU CONGRÈS DE MÉDECINE MENTALE DE LYON

Par le D^r Henry COUTAGNE,

Médecin-expert près les tribunaux de Lyon.

I

Malgré les efforts louables qui se multiplient depuis quelques années, la pathologie mentale est loin d'être en possession d'une classification nosologique rationnelle. Sur ce terrain, l'anatomie pathologique s'est jusqu'à présent montrée inefficace et n'a pas tenu les brillantes promesses qu'avait fait concevoir la découverte de la paralysie générale. Les facteurs étiologiques ont été utilisés avec plus de succès, en France en particulier, et il est inutile d'insister ici sur la valeur des travaux dans lesquels M. Magnan et ses élèves ont exploré de nos jours la voie ouverte par Morel. Mais les partisans des classifications purement étiologiques des maladies mentales seront forcés de reconnaître que les cadres déterminés par les causes seules de la folie sont trop larges pour les besoins de la pratique médico-légale. Aussi, pendant longtemps encore, il nous faudra

grouper des faits cliniques sous des étiquettes qui exprimeront seulement certaines tendances mentales habituelles, nettes et bien définies, quoique moins circonscrites que les propensions sur lesquelles nos devanciers avaient basé leur doctrine étroite et dangereuse des monomanies.

Dans cette voie, la science médico-psychologique est déjà en possession de matériaux importants. Lasègue excellait dans la composition de ces esquisses cliniques et a laissé épars dans son œuvre plus d'un modèle du genre. Aucun n'a eu plus de succès que celui qu'il a tracé en 1852 sous le nom de *délire de persécution* (1). Cette courte et substantielle monographie mettait en relief des individualités d'une observation tellement fréquente que le type créé par le maître fût vite retrouvé, confirmé dans ses grandes lignes et complété dans ses détails. La connaissance de cette forme de folie a franchi les limites du domaine médical pour pénétrer dans le grand public et surtout dans le milieu judiciaire : à l'heure actuelle on ne conteste nulle part l'existence d'aliénés caractérisés par le délire de persécution, d'*aliénés persécutés*.

C'est surtout parmi eux, mais aussi parfois chez des sujets atteints d'autres maladies mentales, que les *aliénés persécuteurs* se présentent au clinicien et surtout au médecin légiste avec une fréquence propre à justifier l'adoption de cette dénomination de date plus récente. La thèse de M. Pottier (2), les travaux de M. Ritti (3) et les discussions de ces dernières années à la Société médico-psychologique, ont particulièrement mis en lumière cette entité morbide et l'ont définitivement imposée au monde médical.

La considération suivante nous paraît utile à formuler ici comme des plus propres à accentuer encore la synonymie des expressions d'*aliéné persécuté* et d'*aliéné persécuteur*. Les idées de persécution passive, parfois épisodiques et transitoires, suffisent plus souvent pour

(1) In *Archives générales de médecine*.

(2) *Etude sur les aliénés persécuteurs*, Paris 1886.

(3) Art. *Délire de persécution* dans le *Dict. enc. des sc. méd.* 1887, et *Gaz. hebdomadaire de méd. et chir.*, 1888.

constituer le fond d'une affection mentale pour laquelle M. Ball demande la dénomination de *maladie de Lasègue*. L'état du persécuter actif est au contraire toujours secondaire et apparaît au cours d'une maladie mentale déjà organisée dans des conditions que nous allons déterminer aussi rigoureusement que possible.

Et d'abord, gardons-nous de tomber dans un écueil qui n'a pas toujours été évité en donnant à l'expression d'aliéné persécuter un sens trop vague, synonyme d'aliéné incommodé, obsédant, dangereux. Ce terme ne pourra correspondre à une conception pratique que si nous en lions l'application aux exigences suivantes. En premier lieu nous demanderons un état persistant et durable; trop souvent nous le rencontrerons chronique jusqu'à l'incurabilité. Puis il faudra que l'aliéné ne s'en tienne pas aux accusations vagues et générales qui constituent le fond des premières étapes du délire de persécution classique et qu'il circoncrive sa persécution active sur un ou plusieurs individus. Enfin, nos sujets devront avoir conservé la faculté syllogistique et raisonner les conceptions qu'ils déduisent d'un point de départ faux avec un enchaînement d'idées propre à faire illusion à un observateur superficiel. En fait, de tous les aliénés, les persécuteurs sont les raisonneurs les plus impitoyables. Leurs facultés intellectuelles témoignent d'une perversion plutôt que d'un affaiblissement. Ils sont très réfractaires à la démence, et chaque pas qui les en rapproche tend à leur faire perdre leurs traits caractéristiques.

Ces considérations nous guideront facilement dans la détermination des formes de folie qui créent l'aliéné persécuter. Nous pourrions d'abord éliminer toutes celles qui sont caractérisées par une débilité mentale en relation démontrée ou non avec des altérations organiques. La paralysie générale et toutes les encéphalopathies qui s'en rapprochent, l'idiotie et les autres formes de dégénérescences inférieures sont naturellement visées par cette exclusion. Il en sera de même des affections dont les délires évoluent avec acuité et intermittence, telles que les folies toxiques (alcooliques ou autres), telles que l'épilepsie. A propos de cette dernière maladie, rappelons que, sur un sujet fils d'un père atta-

qué de délire de persécution et d'une mère épileptique, M. Pichon a observé la coïncidence de ces deux affections nettement dissociées (1).

C'est certainement dans le *délire de persécution primitif*, qu'on le maintienne sous cette dénomination en montrant son origine par la synonymie de *maladie de Lasèque* (Ball) ou qu'on en fasse la principale étape du *délire chronique* de M. Magnan, c'est dans le délire de persécution que nous trouverons la majorité de nos sujets. Lorsque le persécuté entre dans la deuxième période décrite par M. J. Falret, qu'après avoir systématisé son délire, d'abord à l'état vague, puis sous forme collective, il arrive à le personnifier et que de passif il devient actif, le titre de persécuteur lui appartient de droit. Certains délires de persécution *secondaires* peuvent avoir la même conséquence, en particulier chez les lypémaniaques, ou dans les périodes d'excitation de la folie à double forme (Ritti).

Mais à côté de ces aliénés, il en est d'autres chez lesquels les idées de persécution évoluent avec plus d'incohérence sur un fond pathologique moins profond en apparence, sans hallucinations sensorielles, sans systématisation aussi rigoureuse. On devine que nous avons affaire aux degrés supérieurs de la grande famille des dégénérés héréditaires de M. Magnan : nous sommes alors en présence des *persécuteurs raisonnants*, opposés par MM. J. Falret, Pottier, Ritti, aux *persécuteurs persécutés*.

S'il est une affection réputée jusqu'à présent pour les idées et les actes obsédants et dangereux qu'elle suggère, c'est certainement l'hystérie. Mais tout récemment, un travail, convert (avec quelques restrictions) par le haut patronage de M. Charcot, est venu renverser ou plutôt ébranler nos idées sur ce point. M. Henri Colin a entrepris « la réhabilitation des hystériques au point de vue moral (2) ». Pour lui, la folie hystérique n'existe pas en dehors des délires transitoires liés aux crises ; lorsque les hystériques deviennent aliénés, ils le

(1) *Ann. méd.-psych.*, 1887.

(2) *Essai sur l'état mental des hystériques* (Th. Paris, 1890).

sont de par la combinaison de leur névrose avec la dégénérescence héréditaire. La perversion morale, la fourberie qu'on leur attribue généralement sont étrangères à leur maladie.

Nous concéderons volontiers à M. Colin qu'on a exagéré la fréquence des rapports entre l'hystérie et la perversion morale. Dally avait déjà protesté dans ce sens et décrit un *état* et un *délire malicieux* en dehors de l'hystérie (1). Dans plusieurs cas où des magistrats nous avaient requis pour apprécier certains délits témoignant d'une perversion morale unie à un esprit de dissimulation extrême et nous avaient posé explicitement la question de l'hystérie, nous nous sommes trouvé en présence de femmes indemnes de tout signe physique de la névrose présumée et rentrant dans la classe des folies morales héréditaires. Mais je ne crois pas que la science puisse aller plus loin dans cette voie à l'heure actuelle : si les asiles de la Seine renferment un nombre respectable d'aliénés atteints à la fois d'hystérie et de dégénérescence mentale, il ne s'ensuit pas que, parmi les névropathes soumis à chaque instant aux expertises médico-légales, aucun hystérique ne puisse manifester un trouble des facultés morales et intellectuelles sans le trait d'union fatal exigé par M. Colin. Sa thèse même contient des observations que nous pourrions citer à l'appui de notre manière de voir. Cette discussion critique ne nous a pas paru déplacée ici, car il est certain que l'état mental attribué jusqu'ici aux hystériques crée des conditions favorables à l'éclosion et au développement des idées que nous retrouvons dans nos autres classes d'aliénés persécuteurs.

II

Même circonscrite aussi étroitement que possible par les limites que nous venons de lui tracer, la classe des aliénés persécuteurs nous offrira un champ d'observation suffisamment fertile, tant par le nombre de ses sujets

(1) Congrès de l'Association pour l'avancement des sciences (le Havre, 1877).

que par la multiplicité et la variété des occasions dans lesquelles le médecin légiste est tenu de s'occuper d'eux. Leur état-major tient souvent la place d'honneur dans les colonnes de la grande presse. Il s'en prendra aux chefs d'Etats et aux autres hommes politiques en vue et dirigera contre eux des manifestations dont la gravité ira jusqu'à l'assassinat : bien des criminels groupés par M. Régis dans ses études sur les régicides. (1) nous appartiennent de droit comme aliénés persécuteurs. Ceux qui n'arrivent pas à cette célébrité constituent une véritable armée obsédante et menaçante, dont les victimes sont souvent des parents et des amis, mais aussi, et avec une prédilection spéciale, tous ceux qui, à un titre quelconque, sont les représentants des pouvoirs publics. Ce n'est pas une quantité négligeable que la somme de temps et de travail perdue dans les cabinets administratifs et judiciaires pour recevoir les visites des persécuteurs, prendre connaissance de leur correspondance prolixe entre toutes, et combattre leurs actes excentriques ou dangereux. Le médecin est aussi choisi par eux comme point de mire avec une propension bien connue, surtout s'il les a soignés dans un asile ou examiné en vue d'une expertise. Je n'en suis plus à compter les périodes de ma carrière médico-légale où j'ai dû consigner à la porte de mon cabinet l'un de ces clients incommodes.

Le persécuteur n'affecte pas toujours des allures expansives qui permettent de se mettre en garde contre ses agressions ; il n'en deviendra que plus dangereux lorsqu'il concentrera ses conceptions délirantes jusqu'à l'explosion finale. Parmi les persécuteurs, il existe des *persécuteurs latents*, malgré le contraste apparent du sens de ces deux mots. Nous ne croyons pas inutile de mettre ici en lumière, à l'aide de quelques exemples, cette variété dont l'existence est souvent méconnue.

Un maçon, âgé de trente ans, habitant un petit hameau du département de l'Ain, voit passer devant son domicile une femme de ses voisines tenant sur les bras un de ses enfants ; sans provocation ni discussion préa-

(1) In *Arch. d'anthrop. crim. et Bibliothèque de criminologie*, 1890.

lables, il lui tire cinq coups de revolver. L'enquête ne révèle aucun indice de nature à expliquer cet attentat; l'inculpé refuse de répondre et présente des allures suspectes au point de vue de la simulation de la folie. Commis pour l'examiner, je découvre, caché sous un état de stupeur lypémanique qui persistera de longs mois et cédera lentement au traitement institué à l'asile Saint-Georges (de Bourg) par le D^r Aloyse Adam, des idées de persécution ayant germé sur un terrain héréditaire et nettement circonscrites à la victime de notre sujet. Persuadé qu'elle répandait des bruits calomnieux sur son compte, avait empêché son mariage, mélangeait des matières suspectes à ses aliments, venait le voler en son absence, etc., il s'était déjà livré envers elle à des menaces significatives. Mais sa famille avait soigneusement caché ces faits jusque dans le cabinet du magistrat instructeur (1).

Dans cette observation, la dissimulation des idées de persécution paraissait surtout due à l'excès du caractère dépressif de l'affection mentale. Mais souvent elle aura sa source dans des actes cérébraux témoignant d'une initiative mentale plus nette. Le persécuter, avons-nous dit, a conservé la faculté du raisonnement : aussi dissimulera-t-il ses idées délirantes avec un rare talent et une persistance inébranlable, lorsque on intérêt sera en jeu et surtout lorsqu'il voudra obtenir sa mise en liberté. M. Marandon de Montyel en a rapporté un exemple instructif : c'est celui d'un aliéné héréditaire, qui fut assez habile pour dissimuler pendant plus d'un an ses idées de persécution à trois experts et tua sa mère le soir même où il était sorti de son asile (2).

Un ancien instituteur est interné depuis de longues années dans un asile du département du Rhône. C'est un délirant persécuté, qui s'est livré à des actes de violence envers sa femme, à des menaces contre le médecin de l'asile ; il est facilement excitable et même violent ; son diagnostic est corroboré par les lettres qu'il a adressées pendant longtemps aux autorités. Une personne qui

(1) Mon rapport médico-légal sur cette affaire a été publié dans les *Archives d'anthropologie criminelle* de 1888.

(2) *Annales d'hygiène et de médecine légale*, 1889.

l'a connu antrefois le retrouve calme en apparence et entreprend pour sa sortie une campagne dont il peut suivre les incidents dans les journaux locaux. Commis pour l'examiner par l'autorité préfectorale avec MM. les D^{rs} Brun et Rebatel, nous nous trouvons alors en présence d'un individu mis sur ses gardes et qui prend vis-à-vis de nous des précautions méticuleuses, suspectes par leur excès même, afin de nous convaincre qu'il n'a pas d'idées de persécution. Pour être plus sûr de ne pas se compromettre, il refuse de nous répondre quand nous nous présentons une seconde et une troisième fois, et il ne nous donne pas une ligne de son écriture, tandis qu'il passe la plus grande partie de son temps à consigner ses idées dans des lettres soigneusement cachées.

Expansifs ou latents, les aliénés persécuteurs sont peut-être, de tous les aliénés, ceux dont la vie est la plus fertile et la plus variée en incidents judiciaires. Grâce à la conservation du raisonnement et à son adaptation aux idées délirantes qui constituent le fond de leur maladie, grâce aussi à leur maintien prolongé en liberté pendant le cours d'une affection toujours longue, ils sont à chaque instant exposés à commettre des infractions à la loi. Une forte proportion des attentats à la vie causés par la folie est de leur fait ; mais, en outre, on les retrouve avec une déplorable fréquence dans les vols, escroqueries et autres attentats contre la propriété.

Parfois enfin les délits les plus inattendus, les plus étrangers en apparence à la satisfaction de leurs revendications insatiables, seront commis par ces malades. Il y a quelques années l'un d'eux vint ternir, malgré une expertise dont je fus chargé, l'honneur d'une excellente famille sur les bancs de la police correctionnelle pour une tentative de chantage des plus maladroites. M. Marandon de Montyel a relaté l'observation d'une délirante persécutée poursuivie pour une série de faux accomplis sous l'empire d'idées pathologiques curieusement compliquées (1). J'ai été commis au commencement de cette année pour examiner l'état mental d'un homme de cinquante-quatre ans, inculpé de détournement de mi-

(1) *L'Encéphale*, 1886.

neure et d'attentat à la pudeur. Il s'agissait d'un persécuter typique bien connu du commissaire de police de son quartier, qu'il assaillait de plaintes continuelles, prétendant être volé par toutes les femmes de mœurs au moins légères qu'il attirait chez lui, dénonçant des bandes imaginaires de voleurs et d'assassins, etc. Après avoir accusé plus spécialement pendant plusieurs mois une maîtresse transitoire qui lui avait promis de venir tenir son ménage, après avoir forgé à ce sujet une correspondance bizarre ne comprenant pas moins de cent cinquante-cinq pièces dont la lecture fut décisive pour moi, il avait eu l'idée d'aller enlever la petite fille de cette femme et de la faire coucher dans sa chambre.

Rappelons enfin que le rôle judiciaire des aliénés persécuter n'est pas limité aux procès criminels et que leurs idées délirantes sont fréquemment la base de procès civils ; Krafft-Ebing les a certainement pris pour modèles quand il a décrit son *délire quérulent*.

III

Si les juristes et les biologistes, appelés journellement à déterminer la responsabilité légale des prévenus suspects de folie, étaient d'accord sur les principes qui doivent les guider dans ces missions et sur les limites respectives des rôles qu'ils doivent y remplir, il nous serait assez facile d'en déduire des règles pratiques applicables aux aliénés persécuter. Mais il est loin d'en être ainsi, et l'heure actuelle semble même marquer une phase aiguë et pleine d'incertitudes dans l'évolution de cette question capitale. Sur ce point comme sur tant d'autres, la rénovation contemporaine de la psychologie fait pénétrer des données positives dans les théories philosophiques anciennes. L'anthropologie criminelle s'attaque sans relâche aux abstractions sur lesquelles nos devanciers ont basé la rédaction de nos codes. Elle a pour complice plus ou moins consciente l'opinion publique, qui a trop souvent sous les yeux des preuves de l'insuffisance de la répression pénale, pour ne pas se méfier de la solidité des principes de ce rouage social.

La majorité des hommes de loi reste encore fidèle aux fondements classiques de la responsabilité et proclame par la plume d'un de ses représentants les plus distingués, M. Proal, conseiller à la cour d'Aix, l'indissolubilité du lien qui lie la responsabilité légale à la responsabilité morale (1). Mais, même dans la magistrature, des voix discordantes s'élèvent et M. Tarde déclare « qu'il est impossible d'asseoir plus longtemps la notion de culpabilité sur cette hypothèse qu'un homme, au moment où il a commis un crime dans telles circonstances internes ou externes déterminées, aurait pu agir autrement (2) ». A côté du radicalisme positiviste de l'école d'E. Ferri, sapant tout autre fondement de la responsabilité légale que l'idée de défense sociale, on propose, pour maintenir dans l'appréciation de la responsabilité une place à l'idée de culpabilité, des solutions parfois ingénieuses, trop ingénieuses même pour s'appliquer aux nécessités de la pratique.

Devant cette incertitude de principes, certains médecins aliénistes appréhendent de s'engager sur ce terrain glissant ; ils demandent à se cantonner dans l'observation clinique de leurs malades, laissent aux juristes le soin d'en tirer telle ou telle conclusion légale et refusent de se prononcer sur les questions de responsabilité. C'est ainsi que M. Ch. Féré déclare que « la question de la responsabilité est du domaine de la fiction et la compétence des médecins est tout entière dans le domaine des faits matériels (3) ». C'est opposer aux demandes des magistrats une fin de non-recevoir présentée sous une forme plus détournée, mais aussi formelle au fond, que de refuser d'admettre avec M. V. Parant (4) le terme moyen de la responsabilité atténuée ou partielle entre la responsabilité et l'irresponsabilité entières.

Pour ma part, je n'ai pu arriver à concilier une

(1) Voir, de cet auteur, trois articles parus en 1890 dans la *Revue philosophique*, les *Annales médico-psychologiques* et les *Archives de l'anthropologie criminelle*.

(2) *Actes du Congrès d'anthropologie criminelle de 1889*, p. 92.

(3) *Les épilepsies et les épileptiques*, p. 602.

(4) *La raison dans la folie*, chap. v.

théorie de la responsabilité avec les exigences pratiques, sans faire préalablement abstraction des idées de libre arbitre et de démerite. J'ai, en deux occasions (1), demandé la suppression de l'article 64 de notre Code pénal, estimant que l'aliénation mentale sous toutes ses formes devait figurer dans les procès comme élément *graduateur*, et non comme élément *éliminateur* de la responsabilité.

Mais, en attendant la réalisation de ces réformes de l'avenir, je ne crois pas que nous puissions nous soustraire aux exigences de l'heure présente. Tenus d'appliquer un article du Code qui supprime la qualification de crime ou de délit à l'acte commis *dans un état de démence*, les magistrats s'ingénient de plus en plus à nuancer sa jurisprudence, et à la baser sur l'observation médicale dont la compétence n'est plus contestée sérieusement en pareille matière. La question de responsabilité qu'ils nous posent comme corollaire médico-légal de notre conclusion diagnostique présente un sens assez précis pour nous permettre de mesurer d'avance toute la portée de notre réponse. Nous savons que l'irresponsabilité s'applique à l'individualité nettement pathologique et que la responsabilité entière découle de la constatation d'un état mental rentrant dans la moyenne normale. Nous voyons enfin de plus en plus généralement accepter nos déclarations de responsabilité atténuée ou limitée, les seules applicables en bonne justice à une masse de sujets en équilibre mental instable, arrêtés pour le moment sur la pente d'une affection qui pourra rester longtemps encore à l'état d'ébauche, cantonnés dans la célèbre *zone moyenne* de Mandsley entre le crime et la folie. Notons que, dans ces cas, la justice conserve toute latitude pour graduer la répression ; jamais elle ne m'a demandé de lui fragmenter une responsabilité en quantités déterminées. Il nous semble dans ces conditions que le rôle de l'expert n'excède pas les limites de sa compétence professionnelle, et nous estimons que le

(1) Dans mes *Leçons sur la folie* faites à la Faculté de droit de Lyon en 1888 et dans la discussion du travail de Tarde cité plus haut (*Actes du Congrès d'anthropologie crim.* de 1889, p. 367 et suivantes).

médecin qui le remplit exerce un devoir aussi utile que conforme à sa dignité.

Cherchons à déduire de ces considérations quelques préceptes applicables à nos aliénés persécuteurs, en faisant remarquer incidemment que peu d'expertises mentales exigent plus constamment que celles-là une observation directe prolongée et patiente. Bien qu'en médecine légale chaque cas doive être apprécié par ses éléments propres, nous croyons pouvoir poser les règles générales suivantes :

Le persécuteur devra être déclaré irresponsable sans restriction, lorsqu'il le sera devenu dans le cours du délire de persécution classique. Peu d'affections mentales sont, en effet, plus solidement organisées avec ses idées fixes, ses hallucinations sensorielles, sa chronicité presque fatalement incurable et sa continuité telle qu'on peut encore mettre en doute l'existence de rémissions *vraies* dans son cours. Du reste, s'il est un genre de folie au sujet duquel la pratique judiciaire ait été influencée en France par les progrès de la science médico-psychologique, c'est certainement celui-là. Nos magistrats savent en général admettre cet état pathologique, malgré la rareté relative de ses actes expansifs et la conservation du raisonnement. Nous n'irons pas jusqu'à prétendre que, pour les affaires correctionnelles, le triage des inculpés soit toujours fait à ce point de vue suivant les exigences les plus rigoureuses de la médecine mentale. Mais pour les affaires criminelles, une étude du mouvement médico-légal contemporain, en France et dans les pays de langue anglaise, nous autorise à déclarer que, dans cette question, nos parquets font preuve d'idées beaucoup plus avancées que les Grands Jurys (jurys d'accusation) anglais et surtout américains. Un inculpé chez lequel l'expert diagnostique un délire de persécution voit en général clore les poursuites par un arrêt de non-lieu. De nos jours, Anbanel n'aurait pas à défendre l'assassin Biscarrat (1) devant le jury, mais seulement dans le cabinet du juge d'instruction. Tardieu ne trouverait plus le pendant du procès de John Piers, aliéné persécuté typique qui fut traduit et

(1) *Ann. méd.-psych.*, 1845.

condamné aux assises de Saint-Omer en 1855, pour assassinat (1).

Mais pour les autres variétés d'aliénés persécuteurs, nous devons reconnaître que la question change notablement de face. Le fond pathologique du persécuteur raisonnant est d'une texture moins solide que celui du persécuteur persécuté. Les dégénérés héréditaires supérieurs (Magnan), les fous moraux, les névropathes hystériques, qui se présentent alors à nous, sont remarquables par l'inégalité de leurs manifestations psychiques. A côté de lacunes parfois énormes, la conservation et même le développement anormal de certaines facultés cérébrales sont alors éminemment propres à dérouter l'observateur étranger à la médecine mentale, et même l'expert à un examen superficiel. La facilité et la lucidité de la conversation, les caractères souvent séduisants de l'habitus général, l'absence presque indéfinie de tout symptôme démentiel, sont des éléments diagnostiques peu favorables pour imposer une étiquette pathologique. L'embarras redouble dans les formes frustes ou commençantes de ces affections. Tout en combattant la hardiesse de certaines assimilations faites par l'école de Lombroso, n'est-on pas forcé de reconnaître que le diagnostic différentiel entre le fou moral et le criminel-né manque de base scientifique précise?

C'est dans ces cas que l'expert sera heureux de pouvoir abriter ses incertitudes cliniques derrière une conclusion mitigée d'irresponsabilité. Lorsque le caractère pathologique de l'inculpé sera affirmé par la coïncidence d'antécédents héréditaires, de stigmates physiques de dégénérescence et d'actes cérébraux anormaux, nous devons aller plus loin et déclarer ces persécuteurs aussi irresponsables que ceux de la variété précédente. Mais à partir des états mitoyens qui témoignent d'une organisation pathologique incomplète, états dont nous nous garderons bien, et pour cause, de tracer la démarcation, le médecin fera, quoi qu'on en ait dit, une œuvre à la fois scientifique et utile en énonçant l'atténuation de la responsabilité.

(1) *Etude médico-légale sur la folie*, obs. XIII.

Sur ce terrain encore, notre magistrature tend de plus en plus à suivre les conseils de ses médecins légistes. Si nous avions à faire le dénombrement de tous les persécuteurs raisonnants condamnés de nos jours, nous en trouverions un nombre respectable dans les prisons à courte peine. Mais leur proportion diminuerait singulièrement dans les maisons centrales et à la Nouvelle-Calédonie : nous ne croyons pas que dans la génération actuelle un seul ait subi la peine capitale.

IV

Nous aurions voulu donner à l'étude de la responsabilité légale de l'aliéné persécuteur une portée pratique décisive en y rattachant directement les indications de sa séquestration. Mais notre Code pénal en a décidé autrement et nous ne pouvons que protester, après bien d'autres, contre l'insuffisance de l'unique article où il tranche en une ligne la grosse question de la folie criminelle. Soustrait à la justice par l'absolution majeure de l'article 64, l'aliéné persécuteur, cet individu dangereux entre tous les aliénés, retombe sous la surveillance de l'autorité administrative ni plus ni moins que le fou le plus inoffensif. Sa séquestration n'a légalement rien d'obligatoire, et si, en pratique, elle est souvent l'épilogue des poursuites dont il a été l'objet, elle n'est réglementée par aucune disposition spéciale et finira dans les conditions prescrites par la loi de 1838 pour les sorties de tous les aliénés. Inutile d'insister sur cette grave lacune dans l'organisation de notre répression pénale.

Et d'abord l'aliéné persécuteur est-il justiciable de la séquestration *en principe*, quelle que soit l'influence que tel ou tel incident de sa maladie doit avoir sur l'opportunité et la durée de cette mesure ? Nous ne saurions trop hésiter à répondre si nous nous laissons influencer par les soupçons et les accusations que ces internements valent à chaque instant au corps médical. En effet, l'aliéné persécuteur fournit la grande majorité des héros de ces récits de séquestrations arbitraires, par lesquels la presse est parvenue à fausser l'opinion publique d'une manière si remarquable au sujet du trai-

tement de la folie ; par une étrange interversion de rôles, ces êtres obsédants et placés par la maladie en immminence criminelle continue se trouvent transformés en victimes, dès qu'on prend contre eux des mesures restrictives d'une liberté dont ils font un si singulier usage.

Mais, toute hésitation cessera si nous n'écoutons que notre devoir et notre conscience ; nous déclarerons que la séquestration est applicable à tout aliéné persécuteur et que les indications de cette mesure, loin d'être outrepassées par la pratique actnelle, pourraient avec avantage être multipliées. En fait, un commissaire de police ou un maire engagera bien rarement l'initiative de l'Administration, en provoquant un placement d'office, lorsqu'un aliéné persécuteur ne lui aura été signalé que par les plaintes de ses voisins ou même des visites et des écrits excentriques ; il exigera, pour agir, des actes nettement menaçants ou au moins une excitation très inquiétante. Les familles, trompées elles aussi par l'évolution si longtemps silencieuse de la maladie, leurrées de l'espoir de pouvoir soigner chez elles une affection mentale comme une affection physique, éprouvent des scrupules analogues pour se séparer de ces sujets par des placements volontaires.

Et pourtant, pour cette classe d'aliénés comme pour les autres, la séquestration se présente comme la mesure la plus conforme aux intérêts de l'aliéné et à ceux de la société. Considérée au premier point de vue, elle soustrait le malade à des chances de suicide et le fait bénéficier de tous les autres avantages thérapeutiques de l'asile. La fréquence de l'incurabilité du délire de persécution ne proviendrait-elle pas de ce que, dans cette affection, on ne se décide à l'internement qu'à une période déjà avancée de son développement ?

Au point de vue du danger pour autrui, comment pourrait-on méconnaître les avantages uniques de la séquestration ? Dangereux, le persécuteur l'est toujours, mais il le devient de diverses manières. On est trop porté à croire qu'il ne peut se laisser aller à des actes criminels qu'au fur et à mesure de l'évolution d'un délire dont les étapes régulières peuvent être diagnostiquées. Chez ces malades, le crime logique et préparé de longue date n'est pas le seul qu'ils commettent. Laisseé livré à

Ini-même, l'aliéné persécuté pourra brusquement rencontrer sur sa route une circonstance d'apparence insignifiante qu'il fera entrer dans le cycle de ses conceptions délirantes et qui le transformera en un persécuteur des plus redoutables. Un fait lyonnais, déjà cité par M. Max Simon (1), fournit un exemple typique de l'éventualité que nous signalons : un persécuté, qui se croit, comme tant d'autres, victime de la *physique*, lit sur un mur le programme des cours de la Faculté des sciences et y voit annoncé le cours de physique de M. Tabareau ; immédiatement il se rend chez ce professeur armé d'un fusil chargé pour faire cesser ses persécutions. Combien d'autres faits aussi instructifs ne pourrait-on pas citer pour combattre la tendance aux attermoissements, trop répandue en pareille matière ? On peut séquestrer trop tard un persécuté, on ne pourra jamais le séquestrer trop tôt.

Parmi les dangers presque spéciaux au persécuté, qui créent encore une indication plus décisive pour son internement, signalons les chances de contagion mentale qu'il répand dans son entourage et dont les observations contemporaines de *folie communiquée* offrent de beaux exemples. C'est ainsi qu'il y a quelques années j'ai pu débrouiller le fil d'une instruction criminelle d'apparence très compliquée, en établissant l'existence d'une véritable épidémie familiale de délire de persécution. Un héréditaire persécuté, processif et écrivassier, dont les tendances pathologiques étaient exagérées par sa cohabitation avec une femme aussi aliénée que lui, avait fait à sa sœur une blessure assez grave. Cette dernière, prédisposée par la même tare que son frère, se mit à délirer sous l'influence du traumatisme et harcela le juge d'instruction chargé de son affaire de révélations sur de nouvelles agressions dont elle était victime chaque nuit. Ces révélations avaient d'autant plus de poids que les deux enfants de la victime les confirmaient par des témoignages plus précis de jour en jour, et pourtant l'enquête de la police vint en démontrer la fausseté complète. Tout rentra dans l'ordre par l'inter-

(1) *Crimes et délits dans la folie*, p. 14.

nement de l'inculpé dans un asile et l'envoi des enfants à la campagne loin de leur mère pendant quelques semaines.

Le problème de la séquestration se complique, si nous l'envisageons au point de vue de sa durée. Si nous reprenons nos deux grandes variétés d'aliénés persécuteurs, nous rappellerons que le persécuté persécuté est avant tout un chronique, nous pourrions même dire un incurable; son délire stéréotypé peut se prolonger sans diminution de sa virtualité dangereuse pendant de longues années (vingt et vingt-trois ans, dans deux observations de M. H. Dagonet) (1), à peine atténué par le régime de l'asile qui ne parvient guère à lui procurer plus que des pseudo-rémissions. On comprend que dans ces conditions le médecin témoigne, pour autoriser la sortie de ces sortes de pensionnaires, un empressement exactement inverse de celui qu'il aura mis à favoriser leur entrée.

Il aura le droit d'être moins réservé pour les persécuteurs raisonnants. Ces personnalités plus expansives, dont le délire, à l'inverse des précédentes, procède par bonds et sans enchaînement de phases régulières, éprouvent en général un effet thérapeutique très remarquable de leur séjour dans un asile. Une fois soustraits aux excitations de la vie commune et soumis à un régime disciplinaire régulier, ils s'améliorent, parfois très rapidement, et manifestent un équilibre cérébral qui fait illusion aux observateurs superficiels et même ne permet pas légalement au médecin de maintenir leur séquestration. Il va sans dire que leur mise en liberté sera le signal de la reprise, soit des mêmes actes et des mêmes idées délirantes, soit d'autres syndromes épisodiques, d'où renouvellement de la nécessité de l'internement avec ou sans l'intermédiaire de la prison. N'oublions pas que dans ces cas aussi la démence se fait attendre de longues années, hâtée quelquefois par une désintégration cérébrale due à des ictus congestifs successifs.

(1) Étude clinique sur le délire de persécution (*Ann. méd.-psych.*, 1890).

V

Une étude de la séquestration de l'aliéné persécuteur ne serait pas complète si nous ne serrions de plus près les rapports de son indication et de sa durée avec les crimes et délits commis dans cette forme de folie. Il est rationnel d'opposer ici à la séquestration *préventive* la séquestration que nous avons bien de la peine à ne pas appeler *pénale*.

Cette dernière qualification ne peut manquer de soulever les anathèmes des partisans des bases traditionnelles de la responsabilité légale. Ces criminalistes sont tenus de combattre l'idée d'une graduation de la séquestration fondée sur la nature de l'infraction à la loi qui l'a provoquée. Et pourtant, Aubanel déclarait il y a un demi-siècle que tout aliéné assassin doit être interné pour la vie ; un grand nombre d'aliénistes, entre autres MM. Christian et Ritti, ont adhéré depuis à son opinion et nous n'avons pas connaissance de critiques bien vives adressées par nos légistes à cette pratique, assez générale en France. La loi d'Aubanel, convenons-en, répond à un besoin de défense et de réparation sociales, qui, pour n'être pas proclamé officiellement, n'en est pas moins universellement ressenti ; l'opinion publique est satisfaite quand un assassin pathologique subit, par une sorte de réclusion perpétuelle, un châtiment analogue à celui qui est réservé de nos jours à la presque totalité des grands crimes de sang.

Mais qu'on nous concède que cette règle est d'une simplicité trop brutale pour reposer sur une base clinique et thérapeutique. L'accomplissement d'un crime ne sous-entend pas nécessairement la persistance indéfinie d'impulsions dangereuses. Il semble même que, chez certains persécuteurs, le meurtre de leur principale victime puisse jouer le rôle d'une détente mentale curative. Jean Martin, dont MM. Legrand du Saulle et Lagardelle ont publié la curieuse observation (1), mourut quatorze ans après avoir assassiné un vieillard qu'il accusait de le

(1) *Ann. méd.-psych.*, 1877.

déshonorer; depuis son crime, les hallucinations auditives avaient cessé et toute impulsion dangereuse faisait défaut.

Nous pensons que, pour ce point délicat, il serait utile de consulter la pratique de nos voisins d'outre-Manche, chez lesquels la question des aliénés criminels a fait un si grand pas en 1863 par l'ouverture de l'asile de Broadmoor. Tous ceux qui, de même que l'auteur de ce travail, ont visité cet établissement remarquable, ont dû être frappés par son caractère au moins aussi pénitenciaire qu'hospitalier. L'opinion publique ne s'y trompe pas en Angleterre et M. Savage déclare que les condamnations purement pénales y sont estimées moins rigoureuses qu'en internement à Broadmoor. Le nom de Broadmoor, dit-il, résonne comme une condamnation pour la vie, *Broadmoor sounds like a life sentence* (1).

Si nous cherchons à nous faire une opinion plus exacte en consultant les documents statistiques contenus dans les rapports officiels de cet établissement, nous voyons dans le dernier d'entre eux (2) que, depuis 1863 jusqu'à la fin de 1889, Broadmoor a reçu 1848 pensionnaires, dont 986 criminels déclarés aliénés pendant leur procès, et 862 condamnés reconnus aliénés en prison. 156 seulement ont été mis en liberté comme guéris (*recovered and discharged*), dont 141 de la première catégorie et 15 de la seconde. Dans quelles conditions se sont effectuées ces sorties? Voici ce que nous a écrit récemment à ce sujet notre distingué confrère, le D^r David Nicolson, surintendant de l'Asile :

« Le nombre des sorties n'indique pas réellement le nombre des malades qui, sous l'influence du traitement et de la surveillance de Broadmoor, se calment, deviennent tranquilles, et si vous voulez, guérissent au point de vue médical, mais qui ne peuvent pas être mis en liberté, à cause d'un ensemble de circonstances se rapportant à leur crime, au laps de temps pendant lequel ils n'ont pas eu de rechute à Broadmoor, à la nature de la surveillance qui pourrait être exercée sur

(1) A plea for insanity (*Journal of mental science*, avril 1891).

(2) Reports upon Broadmoor criminal lunatic azylum, with statistical tables, for the year 1889 (tableaux 2, 4, 21, 22, 23).

eux par leurs parents lors de leur sortie, et aussi à la tendance qu'ils auraient à la récidive de leur folie si on les affranchissait de la séquestration et de la surveillance de l'asile. En d'autres termes, un certain nombre des pensionnaires de Broadmoor y sont retenus, non pas tant à cause de leur folie actuelle qu'en raison des dangers que ferait courir leur mise en liberté. Certainement si plusieurs d'entre eux avaient été traités dès le début, dans un asile ordinaire, sans avoir commis de crime, ils en seraient sortis. Il est évident que dans ces cas la folie ayant développé des tendances homicides ou dangereuses, c'est pour la sécurité publique qu'ils sont détenus à Broadmoor. A très peu d'exceptions près, la sortie de nos pensionnaires n'est que *conditionnelle*, c'est-à-dire que le sujet est confié aux soins des parents qui s'engagent à adresser au surintendant de Broadmoor des rapports périodiques sur l'état mental de ces individus. Si je reçois un rapport défavorable, je fais reprendre et réintégrer le malade, après avoir obtenu du secrétaire d'Etat un arrêt *ad hoc*, c'est-à-dire un *warrant* de nouvelle arrestation. Il n'est pas nécessaire que le sujet ait commis une *nouvelle* infraction à la loi, il suffit qu'il soit retombé dans la folie. »

50 des sujets libérés sont rentrés une fois à Broadmoor, 2 femmes y sont internées pour la troisième fois. Quelques-uns de ces malades se sont présentés d'eux-mêmes, ayant conscience de leur rechute.

Nous avons pensé qu'il y avait un intérêt spécial pour la question des aliénés persécuteurs à étudier à part les sorties des aliénés les plus dangereux, c'est-à-dire les aliénés coupables d'homicides commis ou tentés. M. Nicolson nous fournit encore sur ce point de précieux renseignements :

De 1863 à la fin de 1889, les pensionnaires homicides de Broadmoor ont fait l'objet de 910 admissions ou réadmissions et de 119 mises en liberté. Mais ces 119 cas ne portent que sur 113 aliénés internés avant toute condamnation, la différence des chiffres provenant de 4 condamnés et des deux triples admissions signalées plus haut. De ces 113 sujets, 19 seulement ont été réinternés, *dont un seul pour un nouveau crime* et les autres pour une simple rechute. En ajoutant à ces faits quelques

réinternements d'anciens pensionnaires de Broadmoor dans d'autres asiles, M. Nicolson évalue à un peu moins de 20 p. 100 la proportion des aliénés homicides qui ont des récidives de folie après leur sortie.

On reconnaîtra, avec notre honorable confrère, que « ces documents montrent premièrement le soin qui préside à la sélection de ceux qu'on met en liberté, et secondement les qualités offertes par les parents qui se chargent de surveiller ces pensionnaires ; ce sont des personnes sûres et consciencieuses qui signalent avec soin les rechutes dans leurs rapports ».

C'est dans cette double sélection, et des aliénés guéris et de leurs gardiens, qu'est sans contredit le nœud de la question, et l'exemple de Broadmoor nous apprend qu'avec ces réserves prudentes, il n'existe pas de crime qui par lui-même constitue une contre-indication à une mise en liberté éventuelle. Notons que presque tous les pensionnaires homicides de Broadmoor qui ont bénéficié de cette mesure avaient commis, non pas l'homicide simple qualifié de *manslaughter* par la loi anglaise, mais l'attentat grave dénommé *murder* qui correspond dans notre Code à l'assassinat et au meurtre (y compris l'empoisonnement et l'infanticide). Nous reconnaitrons cependant que pour aucune classe d'aliénés plus que pour les persécuteurs la ciscospection n'est nécessaire en pareille matière, le pronostic plus délicat. Constataons aussi que nous sommes mal préparés en France pour l'adoption de la pratique anglaise par le peu d'efficacité de l'appui que l'administration trouverait dans les familles. On pourrait peut-être attendre beaucoup du développement des sociétés de patronage pour les aliénés libérés.

VI

L'aliéné persécuteur est destiné en somme, suivant nous, à être soustrait à la vie commune et placé dans un asile pendant la période la plus longue de l'évolution de sa maladie. S'ensuit-il que les conditions matérielles dans lesquelles se fait en France l'hospitalisation de ces sujets ne laissent actuellement rien à désirer ? Après avoir dans le cours de ce travail étudié, à propos des persécuteurs, plus d'une question applicable à toutes les

classes d'aliénés, je me vois amené à traiter ici des réformes à introduire dans l'organisation générale des asiles publics. Je ne puis qu'effleurer en terminant ce vaste sujet par quelques remarques.

J'ai en déjà l'occasion de critiquer, après bien d'autres (1), le système d'hospitalisation actuel de nos aliénés et de faire ressortir combien sa conception administrative répondait peu aux besoins de notre époque. J'ai surtout insisté sur l'utilité d'appliquer de plus en plus le principe de la différenciation des modes d'assistance suivant telle ou telle classe de malades et de réserver l'asile actuel, d'un entretien si coûteux, aux aliénés justiciables de l'intervention médicale.

Le *statu quo* n'a pas manqué de défenseurs qui ont surtout justifié la promiscuité actuelle par des raisons économiques et financières assez éloignées du point de vue thérapeutique auquel je m'étais placé. Pourtant, des voix discordantes se font parfois entendre, même du côté administratif. Certaines assemblées départementales ne sont pas sans appréhensions sur l'avenir de leurs asiles qui, encombrés de cérébraux incurables et d'autres non-valeurs, sont conduits fatalement à une extension qui dépasse toutes les prévisions.

Mais voici qui est plus grave : deux révoltes éclatent coup sur coup dans les services d'aliénés de la Seine, et, dans la discussion qui s'ensuit à la Société médico-psychologique, nous recueillons des avertissements précieux. M. Ronilard déclare spirituellement que le *tout à l'égout* des hygiénistes a son pendant dans le *tout à l'asile* de l'Administration. Les chefs de service des asiles parisiens se plaignent de recevoir au milieu des fous véritables des alcooliques maintenus après leur guérison comme serviteurs auxiliaires, des individus plus criminels qu'aliénés, et d'autres sujets à étiquettes pathologiques vagues, réfractaires à la discipline et exerçant une influence pernicieuse sur l'observation de la vie réglée si indispensable au traitement hospitalier de la folie.

Ces critiques comportent des applications spéciales à la catégorie d'aliénés que nous étudions. Il est certain

(1) Dans mes *Leçons à la Faculté de droit de Lyon* citées plus haut.

que la séquestration des persécuteurs gagnerait en efficacité s'ils étaient soustraits au voisinage de certains malades incommodes ou agressifs et soumis, au moins par intermittence, à un régime moins voisin du régime pénal que celui de nos grands asiles. Dans les réformes de l'avenir, il y aurait à tenir compte de l'influence que pourraient exercer sur leur état mental d'autres formes d'assistance, telles que la colonie agricole. Enfin pour les persécuteurs signalés par un caractère dangereux intense et incurable, je ne verrais que des avantages à les transporter très loin des lieux où s'est organisé leur délire. La Nouvelle-Calédonie a bien assez de place pour leur installer, à côté de ses établissements pénitentiaires, une colonie où ils trouveraient, dans un travail approprié, une diversion à leurs idées pathologiques et seraient en même temps soustraits par l'éloignement aux occasions incessantes qui en ont fait les fléaux de leurs concitoyens de la mère patrie.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie de Médecine.

ANNÉE 1888.

I. — *Rapport sur les recherches et expériences communiquées par M. Luys, membre de l'Académie, à la séance du 30 août 1887, concernant la « sollicitation expérimentale des phénomènes émotifs chez les sujets en état d'hypnotisme »*, au nom d'une Commission composée de MM. Hérard, Bergeron, Brouardel, Gariel et Dujardin-Beaumetz, rapporteur (séances des 6 et 13 mars). — Voici les conclusions de ce rapport : Les effets produits par des tubes médicamenteux placés à distance paraissent dépendre plus du caprice, de la fantaisie et des souvenirs du sujet en expérience que des substances médicamenteuses elles-mêmes. Aucun des effets constatés par la Commission n'est en rapport avec la nature des substances en expérience. Donc, ni la thérapeutique, ni la médecine légale n'ont à tenir compte de pareils effets.

M. Luys dit qu'il a bien annoncé que les tubes vides produisaient des effets convulsifs et que la Commission a reconnu ce fait ; mais la raison en est à la lumière réfléchie, réfractée par le verre brillant, les sujets étant très sensibles aux agents extérieurs : lumière, électricité, etc. Si on expérimente avec un tube noirci, les effets convulsifs ne se produisent pas. La Commission n'aurait pas suffisamment appelé l'attention sur ce point des expériences.

II. — *Rapport sur un mémoire de M. le Dr Blayac, concernant les colonies scolaires de vacances*, au nom d'une Commission composée de MM. Léon Colin, Vallin et Rochard, rapporteur (séance du 17 avril). — Les voyages de vacances ne sont salutaires que pour les enfants âgés de plus de treize ans ; pour les autres, les fatigues physiques du voyage et la surexcitation intellectuelle, provoquée par la vue des objets et des

lieux nouveaux, constituent une sorte de surmenage. La vérité est qu'ils reviennent moins bien portants qu'au départ. Le séjour dans des lieux champêtres ou salubres pendant les vacances est très avantageux, au contraire, pour les petits, pour les enfants des écoles primaires. Telles sont les conclusions du travail de M. Blayac, rapport que la Commission approuve et à propos duquel elle adresse des remerciements à l'auteur.

M. Lagneau conseille pour le choix du séjour des enfants des localités d'altitude.

III. — *Rapport sur un mémoire de M. le D^r E. Decaisne, relatif au vertige des fumeurs*, au nom d'une Commission composée de MM. Moutard-Martin, Léon Colin et Lagneau, rapporteur (séance du 15 mai). — Le mémoire de M. Decaisne ne vise que le vertige des fumeurs, les autres symptômes du tabagisme n'y figurent pas. Le vertige des fumeurs s'observe surtout chez les gens qui fument à jeun, il s'accompagne de céphalalgie temporale, de dyspnée, de douleurs épigastriques avec sucurs froides. La cause en serait dans une action de la nicotine sur le système nerveux, amenant le resserrement des vaisseaux encéphaliques. On sait que, pour M. Laborde, le vertige des fumeurs tient à la fixation sur l'hémoglobine de l'oxyde de carbone résultant de la combustion du tabac.

IV. — *Epidémie de méningite cérébro-spinale dans la population civile de l'île de Chypre*; par M. Brouardel (séance du 22 mai). — M. Brouardel donne communication à l'Académie de la relation succincte d'une épidémie de méningite cérébro-spinale, envoyée au Comité consultatif d'hygiène de France par le D^r Ropas (de Chypre). — La maladie a sévi sur la classe pauvre, sur ceux qui habitaient des maisons humides et petites. Le D^r Ropas pense que l'épidémie tient à un foyer toxique limité, que le miasme morbide s'est développé spontanément sous l'influence des variations atmosphériques et que la contagion n'existe pas. Description des symptômes; division de l'affection en plusieurs espèces selon la plus ou moins grande intensité de ceux-ci; traitement symptomatique.

V. — *Rapport sur un mémoire de M. Jean Desbouvrie (de Roubaix), concernant la répression de l'alcoolisme*; par M. Lancereaux (séance du 19 juin). — Les moyens proposés par M. Desbouvrie pour réprimer l'alcoolisme sont ceux-ci : Trouver le moyen de débarrasser les alcools impurs des principes nuisibles qu'ils renferment, l'alcool éthylique n'amenant pas l'alcoolisme chronique. Puis le gouvernement monopoliserait

la vente des alcools et établirait une police sanitaire pour la surveillance des débits de boissons. En attendant qu'on ait trouvé le moyen de ramener les alcools supérieurs à la formule de l'alcool de vin, l'auteur propose de faire absorber des corps gras et albumineux avant l'ingestion des alcools. Il a fait préparer un chocolat qui remplit toutes les conditions désirables à cet égard. Enfin, ne tolérer dans les débits que de très petits verres, de façon à ce que la salive et les sécrétions stomacales viennent diluer les petites doses d'alcool ingérées.

L'Académie félicite M. Desbouvrie de ses bonnes intentions et lui envoie des remerciements; mais elle fait remarquer que les moyens proposés par l'inventeur ne sont, les uns pas faciles à établir (l'épuration des alcools), les autres, peu certains au point de vue de la réussite.

VI. — *Rapport sur un mémoire de M. le Dr Auguste Voisin, concernant l'« état physique, intellectuel et moral des détenus ayant subi l'emprisonnement cellulaire dans les établissements pénitentiaires de Belgique, pendant dix ans et plus »*, au nom d'une Commission composée de MM. Rochard, Dujardin-Beaumetz et Lagneau, rapporteur (séance du 26 juin). — M. A. Voisin, voulant s'éclairer sur la valeur hygiénique du régime de l'emprisonnement cellulaire bien et strictement appliqué, crut devoir faire porter ses recherches sur les prisons cellulaires de Belgique, en particulier sur celles de Louvain, de Malines, de Saint-Gilles, près Bruxelles, où les détenus restent souvent dix ans et plus. Il conclut de ses études que le régime cellulaire, même prolongé mais bien appliqué, n'aggrave pas la situation sanitaire, toujours fâcheuse des détenus. En France, il semble à beaucoup d'auteurs en être autrement. Mais c'est que les cellules y sont trop petites et mal ventilées. Le suicide, l'aliénation mentale, ne sont pas plus fréquents en Belgique qu'en France, ils le sont même moins. Du reste, les suicides et la folie ne s'observent guère qu'au début de la détention et, quand on recherche les antécédents des sujets, on s'aperçoit que ces derniers étaient des héréditaires, des prédisposés, des alcooliques.

On peut objecter aux conclusions de M. A. Voisin ceci : quand dans les prisons cellulaires, les détenus deviennent malades, on les dirige sur des prisons non cellulaires. Mais M. Voisin répond qu'il a dépouillé les dossiers avec soin et qu'il a tenu compte des sujets transférés pour cause de maladies contractées dans la prison.

L'Académie remercie M. A. Voisin de lui avoir communiqué son important manuscrit.

VII. — *L'alcool et sa toxicité. Les alcools dits supérieurs et d'industrie et les bouquets artificiels*; par M. Laborde (séances des 2 et 6 octobre). — M. Laborde expose les résultats d'un très important travail fait en partie en collaboration avec M. Magnan.

L'alcool de vin est un poison, mais un poison bien moins énergique que les alcools dits supérieurs et surtout que les essences, qu'on obtient par des procédés chimiques, et qui servent à donner aux vins falsifiés un bouquet spécial et aux liqueurs des arômes divers.

M. Laborde a étudié la toxicité de ces différentes essences ou bouquets artificiels, ainsi que celui des divers alcools de l'industrie. Il a employé dans ses expériences le procédé d'injection dans le sang, de la substance à expérimenter, par la veine saphène du chien. Je dois dire de suite que ce procédé a été critiqué par M. Dujardin-Beaumetz qui lui préfère celui de l'injection hypodermique, mais que M. Bouchard est venu soutenir le *modus faciendi* de M. Laborde.

Pour le vin, indépendamment des alcools toxiques avec lesquels on le falsifie, il renferme souvent des principes aromatiques étrangers qu'on appelle *huile de vin*. Il y a deux sortes d'huiles de vin, l'huile française et l'huile allemande. Les deux très toxiques, mais la première moins que la seconde.

On obtient ces huiles de vin en oxydant, par l'acide nitrique, l'huile de coco, l'huile de ricin, le beurre de vache, etc. Il se forme des acides cuproïque, cuprylique et euprique qu'on éthérifie sous pression, avec des alcools méthylique, éthylique, amylique, etc... Le résultat final constitue ce qu'on appelle les huiles de vin, éthers à parfum agréable et dont la plus petite quantité suffit pour donner le bouquet à un grand volume d'alcool.

Par le procédé des injections intraveineuses de ces huiles, on observe les symptômes suivants : efforts de vomissement, excitation générale, respiration haletante, puis ralentissement de la respiration. Cette sorte de crise se répète trois ou quatre fois. Ensuite la température rectale s'abaisse de 1 degré environ, impossibilité motrice, collapsus et mort après une heure environ. A l'autopsie, on trouva le cœur flasque, distendu par du sang diffus, une injection diffuse du cerveau et des méninges. Le bulbe paraît sain. En somme, l'action du poison se

porte d'abord sur le système nerveux et ensuite sur les fonctions respiratoires par lesquelles la mort se produit.

Pour les *alcools et eaux-de-vie*, M. Laborde a trouvé que les alcools d'industrie ne renferment pas seulement les séries éthylique, propylique, butylique et amylique, mais encore d'autres produits et notamment la pyridine et plusieurs aldéhydes. Or, *ces dernières, les aldéhydes, sont des poisons convulsivants*. Je souligne, parce que cette donnée constitue le point le plus original des savantes recherches de M. Laborde. L'aldéhyde pyromucique ou furfurol, qu'on trouve dans les eaux-de-vie et l'aldéhyde salicylique qu'on trouve dans les différentes liqueurs provoquent, chez le chien, des attaques convulsives analogues ou identiques aux attaques épileptiques.

La mort arrive par asphyxie, le cœur continue à battre quelque temps après la cessation des mouvements respiratoires. La lésion anatomique la plus importante consiste en injections et suffusions sanguines dans les méninges cérébrales, surtout à la base, et dans la moelle, particulièrement au bulbe.

Pour les *essences et bouquets des liqueurs*, on connaît depuis les travaux de M. Magnan l'action convulsivante, épileptique, de l'essence d'absinthe; mais d'autres liqueurs renferment aussi des principes convulsivants différents de l'essence d'absinthe. Ainsi le *bitter* et le *vermouth* sont falsifiés avec de l'aldéhyde salicylique qu'on substitue à l'essence de reine des prés. Cette aldéhyde injectée dans la saphène d'un chien a provoqué des convulsions toniques, puis cloniques, suivies de collapsus, c'est-à-dire de véritables attaques d'épilepsie.

Le *bitter* et le *vermouth* contiennent parfois aussi du salicylate de méthyle, dont l'action *tétanisante* est démontrée par des expériences analogues aux précédentes.

Enfin, d'autres essences considérées comme inoffensives sont également falsifiées avec des substances toxiques, ainsi le *bouquet de noyau* est composé de benzonitrile et d'aldéhyde benzoïque. Ces deux substances sont tétanisantes.

Non seulement les *bouquets* sont nuisibles pour les consommateurs de vins et de liqueurs falsifiés, mais encore pour les fabricants, pour les ouvriers qui travaillent dans des atmosphères imprégnées de vapeurs toxiques qu'ils absorbent par les voies respiratoires. M. Laborde cite quelques observations cliniques à l'appui de cette proposition. La plus intéressante de ces observations est celle qu'il a prise sur lui-même. Ce savant physiologiste s'est, en effet, intoxiqué dans son laboratoire

saturé d'essences et de bouquets, sa santé a été gravement compromise pendant de longs mois.

En outre des toxiques précités, qui sont les plus puissants et qui provoquent des convulsions, il en existe une foule d'autres qui forment comme une gamme descendante de toxicité, et qu'on peut diviser ainsi :

Premier groupe. Ceux qui, sans arriver à faire naître des convulsions, provoquent des troubles fonctionnels graves et mortels à dose expérimentale efficace, ainsi : aldéhyde cinnamique, le bouquet de whisky, de gin, etc.

Deuxième groupe. Ceux qui, bien que capables de produire des accidents morbides réels, n'amènent pas la mort ou ne la provoquent pas constamment, ainsi le benzoate d'amyle, le malate de méthyle, etc.

Troisième groupe. Enfin les moins dangereux et, parmi eux, les essences ou bouquets de rhum, de brandy, de curacao, etc.

Nous savons donc d'ores et déjà que l'alcool, élément fondamental de toutes les préparations destinées à constituer les boissons de toute nature, contient, soit grâce aux procédés défectueux de distillation, soit grâce à l'addition préméditée des produits les plus toxiques. Quel remède convient-il d'apporter à cet état de chose, en restant bien entendu dans le domaine scientifique?

La purification des alcools est-elle capable de les débarrasser des produits nocifs qu'ils renferment? Est-il possible de déceler par des procédés sûrs les produits toxiques surajoutés?

Ces problèmes ont été résolus par les expériences suivantes :

1° *Expériences avec les alcools de vin, de betterave et de maïs.* — Les phénomènes observés sur les chiens, après injection des différents alcools dans la saphène, sont ceux de l'ivresse développée à des degrés différents ; légers chez le chien à alcool vinique, plus accusés avec l'alcool de maïs, présentant le maximum d'intensité avec l'alcool de betterave.

2° *Expériences comparatives avec les trois alcools rectifiés.* — Les phénomènes chez les trois sujets sont sensiblement les mêmes et très analogues à ceux obtenus dans l'expérience précédente avec l'alcool vinique.

3° *Expériences comparatives avec les résidus des épurations des trois alcools.* — On peut conclure de ces dernières expériences que les résidus concentrent la toxicité propre à chacun des alcools d'où ils proviennent.

Sa conclusion finale est que l'alcool éthylique, quelle que

soit sa provenance, donne lieu aux mêmes phénomènes physiologiques et qu'une rectification complète rend égaux devant la physiologie, tous les alcools d'industrie, avec réduction au minimum d'innocuité, car il ne faut pas oublier que l'alcool éthylique lui-même est un poison.

Quant aux procédés pour déceler les produits surajoutés, il en existe de nombreux et quelques-uns même de bons, mais il leur manque à tous le *criterium* expérimental, c'est-à-dire qu'on ne leur a pas associé le *réactif physiologique*, le plus sensible qui soit.

M. Laborde termine en disant que : « Les principes de défense sociale s'imposent ici dans leur application la plus absolue, et que la répression légale doit s'exercer, dans toute sa rigueur, vis-à-vis des *empoisonneurs patentés*. »

VIII. — *Rapport sur une observation de suicide présentée à l'Académie*; par M. Laugier, au nom d'une Commission composée de MM. Tillaux, Brouardel et Marc Sée, rapporteur (séance du 18 décembre). — Il s'agit d'une femme, âgée de soixante-trois ans, atteinte de mélancolie, qui s'est suicidée en se faisant cent quarante-deux plaies au moyen d'un couteau de cuisine. Plusieurs de ces plaies pénétraient dans l'abdomen et un paquet d'intestin était sorti. La malade retrancha avec son couteau plus de 3 mètres d'intestin.

ANNÉE 1889.

I. — *Atrophie musculaire des quatre membres survenue pendant la grossesse*; par les D^{rs} Desnos, Joffroy et Pinard. Rapporteur, M. Féréol (séance du 15 janvier). — Une Commission composée des D^{rs} Bourdon, Moutard-Martin et Féréol, rapporteur, rend compte d'un mémoire présenté par les D^{rs} Desnos, Joffroy et Pinard sur un cas excessivement rare, le seul connu même, d'atrophie musculaire des quatre membres, à évolution très rapide, survenue pendant la grossesse, consécutivement à des vomissements incoercibles.

La malade, fatiguée par des grossesses antérieures et très anémiée par une endométrite hémorragique, au troisième mois d'une nouvelle grossesse, eut des vomissements incoercibles et de l'atrophie musculaire qui débuta aux membres inférieurs et qui, après quatre jours, envahit les membres supérieurs. La sensibilité cutanée, musculaire et électrique était conservée; mais il y avait des fourmillements et de la douleur dans les

parties atteintes. En plus, de l'hypothermie et un affaiblissement des facultés mentales, surtout de la mémoire.

On dut provoquer l'accouchement, et aussitôt les symptômes s'amendèrent, les vomissements cessèrent, et par l'emploi des toniques et par le séjour à la campagne, l'atrophie s'arrêta et la maigreur diminua. Plus tard, on employa les courants galvaniques et la malade finit par se rétablir.

Les auteurs, dans la recherche de la pathogénie de cette maladie, écartent d'abord l'hystérie; il n'y avait pas de stigmates de cette névrose, puis la compression provoquant la paralysie des troncs nerveux, puisque les membres supérieurs étaient pris, puis l'urémie, puis la paralysie réflexe, puisqu'elle ne compliqua pas l'atrophie. Reste la supposition d'un état infectieux facilité par le puerpéralisme qui aurait retenti sur les cornes antérieures de la moelle, ou mieux encore, sur les nerfs périphériques.

M. Féréol pense que les auteurs ont sagement fait en éliminant toutes les causes précitées; mais il ne partage que jusqu'à un certain point leur manière de voir sur une névrite périphérique. Pour bien des raisons, il ne voit pas ce qu'il y a d'infectieux dans la grossesse, et justement l'amélioration commença avec l'accouchement provoqué. Le plus vraisemblable, pour lui, ce serait de ranger la malade parmi les sujets à tendances atrophiques par suite de l'anémie, de la faiblesse, d'une véritable dénutrition. Il rappelle que les cellules cérébrales n'avaient pas échappé à cette dénutrition puisqu'il y avait diminution de la mémoire. Les muscles des membres et peut-être les cellules des cornes antérieures de la moelle étaient particulièrement touchés.

II. — *Note sur un cas de maladie d'Addison avec des lésions des racines spinales ainsi que de la moelle*; par les D^{rs} Kalindero et Babès, de Bucarest. Rapporteur, M. Cornil (séances des 5 et 26 février). — MM. Kalindero et Babès examinèrent la moelle dans deux cas de maladie d'Addison. Ils trouvèrent les lésions suivantes: En certains endroits de la substance blanche et surtout autour des cornes postérieures, flots de sclérose chronique caractérisée par l'épaississement des parois vasculaires, par une prolifération des noyaux et par la présence de nombreuses cellules étoilées. — Dans les racines postérieures, on observe de nombreuses fibres nerveuses lésées: La myéline est disposée en grumeaux, les noyaux de l'enveloppe de Schwann sont proliférés, le cylinder-axe est irrégulier, fusiforme.

Une Commission composée de MM. Jaccoud, Constantin Paul et Cornil, chargée d'examiner ce travail, lui donna par la voix de son rapporteur, M. Cornil, les éloges qu'il méritait et émit cette supposition que les symptômes d'asthénie qu'on observe souvent dans la maladie d'Addison sont dus à des lésions secondaires de la moelle.

III. — *Discussion sur les tétanos* (séances des 12, 19 et 26 février, 12, 19 et 26 mars, 23 et 30 avril et 7 mai). — M. Verneuil, savant médecin autant qu'habile chirurgien, répète sans cesse que la médecine et la chirurgie sont inséparables et qu'il est impossible de faire de la chirurgie sans être médecin. Il a consacré son temps à poursuivre ses recherches sur l'influence des états morbides généraux, de ce qu'on appelle les diathèses sur les lésions locales et les traumatismes. Il veut démontrer aujourd'hui que le tétanos, qu'on regarde comme une sorte de névrose à lésions anatomiques incertaines et variables, est en réalité une maladie inoculable, infectieuse, contagieuse, microbienne. Une telle prétention, il y a quelques années encore, eut paru extraordinaire. Il n'en est plus de même maintenant. Je crois que tous les académiciens pensent, sur ce sujet, à peu près comme M. Verneuil. Pour les adversaires les plus déclarés du chirurgien de l'Hôtel-Dieu, le tétanos est inoculable. M. Leblanc, lui-même, n'y contredit pas. Mais M. Verneuil va plus loin. Il veut que le tétanos soit toujours d'origine équine, ou tout au moins tellurique, mais équine quand même en principe. Il faut le dire, la savante Assemblée ne le suit pas tout entière jusque-là; beaucoup de ses collègues, M. Leblanc en tête, refusent de s'associer à cette proposition.

Mais il faut lire, dans le *Bulletin*, les magnifiques discours de M. Verneuil, discours remplis de faits, d'observations, de déductions. Quel vigoureux lutteur! On ne sait qu'admirer davantage, son érudition ou sa dialectique. Pendant trois et quatre séances consécutives, il tient fixée l'attention de l'Assemblée, discutant et combattant les objections de ses adversaires et toujours avec une courtoisie académique qui ne se dément jamais.

Il serait bien long d'analyser tous les discours prononcés à l'occasion de cette discussion, d'autant plus qu'il ne s'agit pas réellement de neurologie. MM. Guérin, Nocard, Leblanc, Trasbot, Lagneau prirent la parole une ou plusieurs fois. Je fais cependant une réserve pour le discours de M. Laborde, et je me propose d'en rendre compte parce qu'il a trait au syndrome téta-

nique même. C'est le seul orateur qui se soit occupé de ce côté de la question, les autres n'ont absolument envisagé que la contagion du tétanos, son origine microbienne, sa transmission d'homme à homme, d'animal à animal ou d'animal à homme. — Voici les principales conclusions que M. Verneuil a posées et qu'il a maintenues jusqu'à la fin : Le tétanos, transmissible entre animaux de même espèce, l'est également de l'homme à l'homme, de l'homme à l'animal, et réciproquement de l'animal à l'homme. — La contagion s'effectue du cheval tétanique à l'homme blessé directement ou indirectement. Le second procédé est de beaucoup le plus commun. — Deviendra agent tétanifère possible tout objet, de quelque nature qu'il soit, qui, mis en contact avec un cheval tétanique, en recevra le dépôt virulent. — Tout objet mis en contact avec un agent tétanifère pourra devenir tétanifère à son tour. — Un cheval ayant été en rapport avec un cheval tétanique, pourra ne pas en souffrir d'abord, mais il sera toujours sous la menace de devenir tétanique lui-même par suite d'auto-inoculation traumatique. — L'homme blessé peut devenir tétanique du fait de la plupart des objets ambiants mis en contact avec sa blessure ; mais les contacts les plus dangereux sont ceux du cheval et de tout ce qui en dépend, puis de la terre cultivée et de quelques-uns de ses produits, d'où en ce qui concerne le tétanos humain, la querelle entre les *équiniistes* et les *telluristes*. L'accord serait facile si l'on voulait, en acceptant les deux provenances, subordonner l'une à l'autre, et reconnaître que si la terre possède une virulence tétanigène indéniable, elle le doit à sa souillure par un cheval tétanique. — Il est vraisemblable que plusieurs animaux domestiques sont capables d'infecter l'homme, mais la démonstration suffisante n'est encore faite que pour les solipèdes.

Voici maintenant, en quelques mots, l'analyse du discours de M. Laborde : On a négligé, dans la discussion, une distinction absolument nécessaire. Un des éléments fondamentaux du syndrome constitutif de la maladie est le phénomène convulsif, tétanique. Le mécanisme du tétanisme se révèle dans deux conditions expérimentales différentes : 1° une excitation mécanique est portée sur une surface périphérique ou sur le nerf sensitif lui-même, ou bien elle est portée directement sur le centre moteur même, le bulbe ou la moelle, et tout aussitôt se produisent des phénomènes tétaniques. Le courant électrique constitue l'élément type de ce genre d'excitation ; mais tout autre agent mécanique, piqure, déchirure, peut également engendrer un

processus physiologique identique. On peut stériliser l'instrument vulnérant, le phénomène n'est pas changé. La deuxième condition réside dans l'intervention d'une intoxication, la strychnine est le type du genre. C'est à cette origine pathogénique que se rattache le tétanos microbien. Il y a donc un tétanos toxique, différent du tétanos mécanique ou fonctionnel, comme il y a une épilepsie toxique différente de l'épilepsie fonctionnelle. Donc l'origine microbienne ne saurait être uniquement invoquée, à supposer même que son rôle soit incontestablement démontrée. M. Verneuil a répondu que ces considérations sortaient un peu de la question.

IV. — *Épilepsie partielle déterminée par une tumeur cérébrale siégeant au niveau de la zone motrice ; trépanation, ablation de la tumeur ; disparition des accidents ;* par le Dr Péan (séance du 19 février). — Dans l'observation de M. Péan, le diagnostic avait été très précis. Le malade présentait depuis longtemps des crises d'épilepsie partielle commençant par le membre inférieur. Les attaques devinrent de plus en plus fréquentes et finirent par menacer la vie du sujet. De la forme des attaques on conclut, M. Gilbert Ballet prenant part à la consultation, à la présence d'une tumeur comprimant la partie supérieure des circonvolutions marginales. On élimina la possibilité d'un hématome, d'un cancer, d'une gomme et d'un tubercule. L'opération pratiquée à l'endroit fixé fit voir, sous la dure-mère, une tumeur adipo-conjonctive, dépendant de la pie-mère. On l'enleva et le malade guérit rapidement.

Cette observation est remarquable. C'est la première fois sans doute que le diagnostic a été fait d'une façon précise avant la trépanation du crâne. Elle fait beaucoup espérer en l'avenir de la chirurgie du cerveau.

V. — *Le chloroforme et le chlorure de méthylène ;* par le Dr J. Regnaud (séances du 23 avril, 25 juin et 16 juillet). — Le chlorure de méthylène ou chloroforme méthylique, qui ne serait, d'après M. Regnaud, qu'un mélange de 4 volumes de chloroforme ordinaire et de 1 volume d'alcool méthylique, est préparé en Angleterre, où un chirurgien, sir Spencer Wells, qui l'emploie comme anesthésique, prétend qu'aucun agent du même genre ne peut lui être comparé. Le Dr Lefort, en France, est aussi convaincu qu'il est supérieur au chloroforme ordinaire.

M. Polaillon établit alors une série d'expériences comparatives, et formula, devant l'Académie, les conclusions suivantes :

Chez la femme, le sommeil s'obtient en dix-sept à vingt minutes, il est plus léger que quand on se sert de chloroforme ordinaire, le réveil est plus facile, le malaise consécutif moins prononcé. — Chez l'homme, l'action de cet anesthésique est lente et assez souvent on n'arrive pas à obtenir le sommeil — mais ce dernier est paisible et les vomissements sont rares. Enfin, le chloroforme méthylique n'est pas exempt de danger, il a provoqué une fois un commencement d'asphyxie.

M. Lefort ne croit pas que le liquide fourni par M. Regnault soit le même que celui qu'on achète à Londres, puisque les réactions physiologiques de ce dernier diffèrent de celles notées par M. Polaillon qui, lui, employait le liquide de M. Regnaud. M. Lefort a toujours pu arriver à provoquer le sommeil, la période d'agitation manque le plus souvent et les vomissements pendant le sommeil, ou de suite après le réveil, sont exceptionnels. — M. Laborde a pu endormir des chiens avec du chloroforme méthylique. On sait que les inhalations de chloroforme, faites dans le but de les endormir, tuent presque toujours les animaux.

Quant aux cas de mort par le chloroforme ordinaire, ils sont rares, mais malheureusement il est impossible de les prévoir tous. Le chloroforme méthylique est-il moins dangereux ? Il est impossible de répondre dès à présent à cette question.

Et incidemment l'Académie est amenée, à ce moment, à parler de la mort pendant l'administration du chloroforme. La mort est presque toujours due à une syncope impossible à prévoir. Pour M. Lefort, l'ébranlement nerveux causé par la douleur se manifeste pendant l'anesthésie la plus complète, et quoique le souvenir de la douleur soit perdu au réveil. C'est cet ébranlement nerveux, cette excitation réflexe des nerfs inhibiteurs du cœur, qui cause la syncope dans les cas où on ne trouve pour l'expliquer aucune raison tangible.

M. Maurice Perrin pense que certains produits mélangés et provenant de la distillation de mauvais alcools exercent une action convulsivante propre à exciter fortement les nerfs d'arrêt cardio-pulmonaires, d'où des syncopes mortelles. C'est pour éviter, autant que possible, la syncope qu'il administre du chloral ou de la morphine une heure avant de donner le chloroforme. Il évite ainsi la période d'excitation ; en plus la dose de chloroforme absorbée est moindre et les vomissements plus rares. M. Trélat trouve bon le moyen de M. Perrin pour

arriver à l'anesthésie, mais il lui reproche de laisser au réveil les malades dans un état de prostration inutile; il n'emploie le procédé de l'action combinée du chloral et du chloroforme que pour les personnes très nerveuses affolées par l'attente de l'opération.

VI. — *Alcoolisme; quelques crises épileptiformes depuis cinq ans; chute; coma; puis aphasie complète avec légère hémiplegie droite. Trépanation. Guérison des accidents consécutifs à la chute, par suite de l'ouverture d'un hématome de la dure-mère; par le D^r R. Lépine (séance du 6 août).* — Le malade de M. Lépine était un alcoolique qui présentait, depuis cinq ans, des crises épileptiformes. A la suite d'une chute, il resta quelque temps dans le coma, et quand il en sortit, il présentait une aphasie complète avec une légère hémiplegie droite. M. Lépine fit le diagnostic d'une lésion au niveau inférieur du sillon de Rolando. La trépanation à l'endroit indiqué mit à jour un hématome qui fut ponctionné. La guérison s'établit progressivement.

VII. — *Étude physiologique de la liqueur d'absinthe; par MM. Cadéac et Albin Meunier. Rapporteur: M. Laborde (séances des 10 septembre et 1^{er} octobre).* — MM. Cadéac et Albin Meunier avaient présenté à l'Académie un travail relatif à l'étude physiologique de la liqueur d'absinthe. Pour ces auteurs, l'essence d'absinthe qui entre dans la liqueur ne possède pas les propriétés toxiques qu'on lui attribue. Les véritables toxiques de la liqueur d'absinthe sont les essences d'anis et de badiane. M. Laborde, au nom d'une Commission composée de MM. Ollivier et Laborde, critique fortement les expériences de MM. Cadéac et Meunier. Il les compare aux expériences si concluantes de M. Magnan, il reproche surtout à ces messieurs de n'avoir pas employé une bonne essence d'absinthe. Ses conclusions bien différentes de celle des auteurs du travail, s'énoncent ainsi: L'essence d'absinthe vraie est, de toutes les essences qui peuvent entrer dans la composition de la liqueur d'absinthe, la plus toxique. Elle seule est capable de provoquer l'attaque d'épilepsie réelle, systématisée. Elle est et reste le type des convulsivants épileptisants parmi les substances de cette nature, ainsi que l'ont établi les recherches de Magnan, confirmées depuis par tous les expérimentateurs autorisés. C'est donc une erreur des plus nuisibles d'attribuer le titre de bienfaisante et de correctrice à l'essence d'absinthe.

D^r L. CAMUSKT.

JOURNAUX FRANÇAIS

ANNÉE 1888.

L'Encéphale.

I. — *L'affaire Ménétrier*; par le D^r Marandon de Montyel, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Marseille (n° 1). — Inculpation d'assassinat suivi d'incendie. Négation durant trois mois d'instruction. Aveux à l'expert, non seulement des faits incriminés, mais en outre de deux assassinats, de cinq incendies, d'attentats à la pudeur et de nombreux vols qualifiés. Allégations mensongères de troubles intellectuels. Caractères psychiques du criminel-né sans stigmates physiques. Condamnation à mort.

A noter le passage où l'auteur, recevant les confidences de l'inculpé, se demande si ce dernier croit s'adresser à l'expert ou au médecin et ce qu'il doit faire. A noter aussi une courte appréciation de la doctrine de Lombroso.

II. — *Note sur l'hystérie consécutive aux traumatismes graves*; par M. G. Lyon, interne des hôpitaux (n° 1). — De l'examen comparatif de dix observations, l'auteur déduit les conclusions suivantes :

Il y a des distinctions à établir parmi les cas d'hystéro-traumatisme. Dans le plus grand nombre des cas, les manifestations hystériques succèdent immédiatement, ou à peu près aux traumatismes. Les accidents se localisent tout d'abord dans le membre lésé. Dans d'autres cas, les accidents hystériques n'apparaissent que longtemps après le trauma. Ainsi, à la suite d'un choc violent de l'encéphale.

Dans les premiers cas, il y a traumatisme léger et influence morale prépondérante ; dans les seconds, il y a une commotion cérébrale déterminant dans les cellules cérébrales une modification moléculaire qui se traduit plus ou moins tardivement par des troubles fonctionnels. La prédisposition nerveuse est-elle nécessaire ? Quelques auteurs pensent que non.

III. — *Rapport médico-légal* ; par le D^r Motet (n° 2). — Il s'agit d'un dégénéré supérieur qui se livra à des vols dans un grand magasin. Il y avait chez lui une véritable impulsion irrésistible. Les cas de ce genre sont rares chez les hommes. L'inculpé fut renvoyé des fins de la plainte.

IV. — *Un cas de folie impulsive*; par le D^r J. Dumaz, ancien interne des hôpitaux, directeur-médecin de l'asile de Dijon (n° 2). — C'est l'histoire d'un déséquilibré très irritable, très émotif, qui manifeste des tendances impulsives au suicide, à l'incendie et au meurtre. Ses impulsions au meurtre sont, du reste, motivées jusqu'à un certain point.

V. — *Du mal perforant dans la paralysie générale*; par le D^r Marandou de Montyel, médecin en chef de l'asile de Ville-Évrard (n° 3). — 1° La paralysie générale est une cause de mal perforant au même titre que les autres maladies du système nerveux; — 2° la rareté des observations du mal perforant dans la paralysie générale tient peut-être à ce que cette complication doit être minutieusement recherchée pour être découverte et que l'attention n'a pas été suffisamment appelée sur elle; — 3° le mal perforant se rencontre surtout chez les paralytiques alcooliques ou ivrognes; — 4° le mal perforant favoriserait les rémissions chez les paralytiques qui en sont atteints.

VI. — *De l'action thérapeutique du méthylal chez les aliénés*; par le D^r Boubila, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Marseille (n° 3). — L'auteur croit démontrer par ses observations que le méthylal est appelé à remplacer avantageusement les agents somnifères usuels dans les folies simples (manie aiguë exceptée), dans les folies intermittentes et épileptiques, dans les démences organiques, dans la paralysie générale.

VII. — *De la mélancolie*; par le D^r Ball. Leçon recueillie par M. Sollier, interne des hôpitaux (n° 3). — Pour M. le D^r Ball, la mélancolie n'est pas une maladie, mais bien un état général survenant dans le cours de certains états morbides, « au même titre que l'adynamie, par exemple, dans la fièvre typhoïde ».

VIII. — *De la paralysie générale d'origine traumatique*; par le D^r Ball. Leçon recueillie par M. Ch. Lefèvre (n° 4). — M. le D^r Ball cite plusieurs observations, dont quelques-unes inédites et personnelles, de traumatismes qui semblent avoir servi de point de départ à la paralysie générale. La paralysie générale traumatique frappe tantôt des sujets prédisposés, tantôt des sujets normaux. Dans ces derniers cas, le traumatisme est l'unique cause de l'affection. Enfin, les paralysies générales traumatiques sont précoces ou tardives.

IX. — *Note sur l'alimentation forcée des aliénés au moyen de la sonde œsophagienne et sur la façon d'empêcher l'introduction des liquides dans les voies aériennes*; par le D^r G. Descourtis

(n° 5). — Le moyen pour s'assurer que la sonde est bien dans l'estomac et non dans la trachée consiste, une fois qu'elle est introduite, à insuffler de l'air par son pavillon, soit avec la bouche, soit avec un instrument, on a alors la sensation d'une vessie qu'on gonfle. En plus, l'estomac se dilate, ce qu'on peut constater par la percussion.

X. — *L'hystérie chez les nègres*; par M. Philipp S. Ray M. D. Washington, N. C. (n° 5). — Contrairement à l'opinion de Hammond, l'auteur prétend que l'hystérie règne chez les nègres à notre époque et que cette affection régnait déjà sur la race noire du temps de l'esclavagisme. Il cite quelques faits à l'appui de sa thèse. Il pense aussi que les peuples sauvages et même les *animaux inférieurs* sont sujets à l'hystérie.

XI. — *Affaire Browne*; rapport médico-légal par MM. B. Ball et A. Motet (n° 6). — Il s'agit d'un persécuté typique qui avait tué d'un coup de revolver un passant dans la rue. Ce passant était, dit l'inculpé, *un membre d'une société politico-religieuse*, il l'a bien reconnu comme tel puisqu'il « crachait devant lui ».

XII. — *Du délire récurrent. Etude de psychologie pathologique*; par M. G. Descourtis (n° 6). — L'auteur rappelle d'abord l'analogie qui existe entre le rêve et le délire, puis il étudie cette sorte de travail psychique récurrent, dans le rêve, où la sensation détermine une association d'idées que la conscience perçoit comme antérieure à cette sensation même. Maury a donné des observations très intéressantes de ce phénomène. Ensuite, M. Descourtis expose que le délire vrai est parfois également récurrent. Exemple : un homme fatigué par une journée laborieuse, rentre le soir chez lui. Il voit une bête effroyable qui le poursuit, il se sauve, mais finit par être atteint et il est mordu au côté par cet animal fantastique. Rentré chez lui, on constate le début d'une pleurésie. Donc : point de côté pleurétique se manifestant brusquement et délire récurrent explicatif de la douleur, la bête, la fuite, etc. A la vérité, les raisons données par Maury pour expliquer la récurrence dans le rêve, nous paraissent plus logiques que celles données par l'auteur pour expliquer la récurrence dans le délire. — Il n'en est pas moins vrai que je dois signaler aux lecteurs ce très intéressant travail de M. Descourtis.

Le Progrès médical.

I. — *Un cas d'hémiplégie spasmodique infantile d'origine traumatique*; par M. Albert Mathieu (n° 2). — Enfant de quatre ans. — Plaie pénétrante du crâne au niveau de la tempe gauche. — Hémiplégie droite et aphasie. — L'aphasie se dissipe et il subsiste une hémiplégie avec athétose à droite.

II. — *Arthralgie hystéro-traumatique du genou*; leçon de M. le Dr Chareot, à la Salpêtrière, recueillie par M. P. Blocq, interne du service (n° 4). — Il s'agit d'une jeune fille de vingt-deux ans, traitée depuis sept mois pour une arthrite chronique du genou. Elle a en effet le genou très douloureux, rouge, gonflé, et les muscles de la jambe et de la cuisse sont atrophies. Cette malade présente des stigmates d'hystérie et sa soi-disant arthrite n'est qu'une arthralgie hystérique, ce dont on s'assure en chloroformant le sujet. L'articulation est saine, la tuméfaction et la rougeur sont dues aux vésicatoires et aux topiques divers employés contre l'arthrite supposée. Le professeur fait observer que les arthrites hystériques sont les affections hystériques les plus tenaces et les plus difficiles à guérir.

III. — *De la température dans les accès isolés d'épilepsie*; par M. Georges Lemoine, agrégé de la faculté de Lille, médecin-adjoint de l'asile de Bailleul (n° 5). — Il résulte de l'examen de 182 observations que la température centrale monte pendant l'accès d'épilepsie et descend ensuite progressivement. Dans la grande majorité des cas, l'élévation de température oscille entre un dixième de degré et un degré et demi.

IV. — *Des anomalies des organes génitaux chez les idiots et les épileptiques*; par MM. Bourneville et Sollier (n° 7). — Les recherches des auteurs ont porté sur 728 sujets. Voici les conclusions de leur travail : 1° Les idiots et les épileptiques débiles présentent des anomalies extrêmement fréquentes du côté des organes génitaux; 2° les épileptiques qui ne le sont devenus qu'à un certain âge présentent beaucoup moins d'anomalies que les idiots simples; 3° l'atrophie testiculaire paraît porter presque aussi fréquemment à droite qu'à gauche; 4° la dégénérescence physique et intellectuelle produite par l'épilepsie semble avoir une influence réelle sur la production du varicocèle; 5° les idiots, avec ou sans épilepsie, présentent souvent une forme particulière de la verge dite en massue.

V. — *Réflexions à propos de certaines maladies nerveuses*

observées à Salvador (Brésil). *Faits d'astasia et d'abasia. Pré-tendue épidémie de chorée de Sydenham*; par M. Souza-Leite, interne des asiles d'aliénés de la Seine (n° 8). — M. Souza-Leite relate quelques observations curieuses d'hystérie à formes convulsives et il appuie sur cette donnée de M. Charcot, à savoir que les altérations sans nombre qui atteignent le système nerveux sont, au fond, les mêmes dans tous les pays.

VI. — *Hystérie et syphilis. Paralysie psychique*; par le D^r Paul Raymond, ancien interne des hôpitaux (n° 14). — Observation d'une jeune femme qui eut des manifestations hystériques jusqu'à l'âge de dix-sept ans, mais qui n'en présentait plus depuis sept ans, lorsqu'elle contracta la syphilis. L'infection syphilitique réveilla l'hystérie, laquelle se caractérisa par de la paralysie psychique. La malade, convaincue qu'elle était paralysée, ne pouvait faire aucun mouvement.

VII. — *Note sur la pathogénie de l'épilepsie*; par M. G. Lemoine, agrégé, médecin-adjoint de l'asile de Bailleul (n° 16). — M. Lemoine, d'accord avec M. Marie, ne croit pas l'épilepsie héréditaire. L'enfant qui naît épileptique a sans doute été influencé par la cause morbide pendant la vie intra-utérine. Cette cause morbide serait toujours une maladie infectieuse. « Les convulsions épileptiques sont le résultat des lésions produites dans les centres nerveux par des agents pathogènes, elles sont aussi et surtout la conséquence de leur cicatrisation. L'épilepsie syphilitique est le type de ce mode pathogénique de l'épilepsie. »

VIII. — *Folie de l'adolescence. — Instabilité mentale. — Idées vagues de persécution. — Succube*; par MM. Bourneville et Sollier (nos 17 et 18). — *Observation* : Tante maternelle : mauvaise conduite. Grand'mère maternelle : emportée. — Sœur morte de méningite avec convulsions. — Colère dans l'enfance, caractère emporté, instabilité. — A quinze ans, onanisme, insomnies. — Paresse, apathie, querelles fréquentes, accès de rire nocturnes et diurnes sans motif. — Idées de persécution, menaces. — Accusation d'incorporation contre sa mère. — Hallucinations diverses, du sens génital entre autres, succube.

IX. — *Maladie de Friedreich. — Pseudo-tabes. — Discussion*; par le D^r Dalché (n° 26). — Troubles de la marche survenus, ainsi que du bégayement, chez un homme de cinquante ans, lequel était atteint de nystagmus depuis l'enfance. Absence du signe de Romberg. En plus, cyphose acquise. Le diagnostic reste incertain. Peut-être s'agit-il d'alcoolisme.

X. — *Observation de sclérose en plaques. — Effet remarquable de la solanine sur le tremblement*; par le professeur Grasset et le D^r Sarda, chef de clinique (n° 27). — La solanine est un excellent modérateur réflexe. Doses 15 à 30 centigrammes par jour. L'assuétude à ce médicament est peu sensible. Son emploi n'est pas dangereux.

XI. — *L'hallucination dans ses rapports avec la fonction du langage. — Les hallucinations psycho-motrices*; par M. J. Séglas, médecin-adjoint de la Salpêtrière (n° 33 et 34). — Très intéressante dissertation sur la physiologie cérébrale. En voici les conclusions : 1° En dehors des hallucinations visuelles et auditives communes, il y a, en considérant les rapports de l'hallucination avec les centres du langage, des hallucinations verbales, visuelles et auditives. Ces hallucinations sont de nature psycho-sensorielle, en raison des fonctions des centres qu'elles intéressent ; 2° les centres moteurs du langage peuvent être le siège des phénomènes du même genre ; 3° les hallucinations dites psychiques comprendraient le plus souvent un élément moteur ; on pourrait les classer en trois groupes. Les unes seraient des hallucinations verbales motrices pures ; les autres comprendraient en même temps un élément sensoriel et seraient, dans des proportions diverses, auditives verbales et motrices. Enfin, dans les cas où ces phénomènes ne sont pas apparents, ils peuvent exister cependant sans que l'état mental particulier du malade permette de le constater, ou qu'ils restent peut-être à l'état faible de simples représentations mentales auditives ou motrices associées ou non, sans aller jusqu'à l'hallucination vraie.

XII. — *Épilepsie et asymétrie fronto-faciale*; par MM. Bourneville et Sollier (n° 36). — Le buste des épileptiques était moulé avant l'autopsie. On était ainsi certain de ne considérer que des épileptiques idiopathiques et on faisait les mensurations sur le moule de la tête. Dans ces conditions, les auteurs trouvèrent que, comme Lasègue l'avait dit, l'asymétrie fronto-faciale était la règle chez les épileptiques idiopathiques. Sur trente cas, un seul faisait exception à la règle. Les jeunes épileptiques idiopathiques, décédés bien avant la période de consolidation osseuse, étaient aussi asymétriques. — Mais est-ce le crâne mal conformé qui produit l'épilepsie en agissant sur le cerveau, ou, au contraire, est-ce le cerveau qui, malade, retentit sur le développement du crâne et lui imprime un ralentissement ou un arrêt? Les auteurs pensent que la dernière hypothèse est la vraie.

XIII. — *Les psychoses séniles et tardives; les idées de négation chez les vieillards; les idées de persécution séniles et la forme tardive du délire des persécutions.* Leçon de M. Séglas à la Salpêtrière, recueillie par M. Marie, externe des hôpitaux (n° 43). — Dans cette leçon, M. Séglas s'attache à bien faire voir la différence qui existe entre les idées de persécution des vieillards, qui reposent sur un fond de démence, et le véritable délire de persécution à début tardif.

XIV. — *Monoplégie hystéro-traumatique guérie par une seule séance de suggestion;* par le D^r Journée, médecin-major (n° 47). — *Observation :* Paralysie brachiale traumatique, chez un jeune homme de vingt ans, suite d'un coup de fleuret. Stigmates hystériques. Guérison par suggestion pendant le sommeil hypnotique.

Archives de Neurologie.

I. — *Sur une déformation particulière du tronc causée par la sciatique;* par le D^r Babinski, chef de clinique de la Faculté (numéro de janvier). — Les caractères essentiels de cette déformation sont l'inclinaison du tronc du côté opposé à la sciatique et l'absence complète de soulèvement du pied du côté malade. Dans la coxalgie, l'inclinaison du tronc se fait également du côté sain, mais, en même temps, il se fait parfois une torsion du tronc en sens inverse en vertu de laquelle le rebord costal du côté sain se rapproche de la crête iliaque, ce qui est l'inverse de ce qui s'observe dans la sciatique.

Le développement de la déformation n'est pas lié à la durée de la sciatique, mais il semble être sous la dépendance de l'intensité de la douleur. Cette déformation s'atténue quand les souffrances deviennent moins fortes. L'étude de la déformation du tronc dans la sciatique est due à M. Charcot.

II. — *Sur une affection caractérisée par de l'astase et de l'abasie;* par M. Paul Blocq, interne des hôpitaux (numéros de janvier et de mars). — C'est l'impuissance de se tenir debout et de marcher (*astasia et abasia*) due, non à une paralysie musculaire, mais à la perte du souvenir des mouvements spécialisés, nécessaires pour se tenir debout et pour marcher. On peut, par conséquent, comparer cette affection à l'agraphie. L'abasie et l'astase ont été étudiées par MM. Charcot, Weir-Mitchell, Romei, etc.

Le début est brusque et coïncide ordinairement avec un léger traumatisme ou avec une émotion. Le désordre porte exclusi-

vement sur les actes associés de la station et de la marche. Lorsque le malade est assis ou couché, on n'observe rien d'anormal, sauf quelquefois des altérations de la sensibilité. La puissance dynamométrique des muscles des membres persiste, au moins dans les cas typiques; le malade couché ou assis exécute, avec force et précision, tous les mouvements qu'on lui ordonne. De plus, les membres inférieurs ne présentent ni secousses, ni mouvements involontaires. Noter qu'il y a des degrés dans l'altération de la fonction des membres inférieurs. Les mouvements que les malades peuvent plus ou moins exécuter, quand ils sont debout, sont irréguliers et non rythmés, inégaux des deux côtés du corps. L'occlusion des yeux aggrave quelquefois le désordre. Les réflexes tendineux sont normaux presque toujours; pas de clonus du pied. Les autres modes de progression, autres que la marche normale : le saut, l'acte de grimper, la marche à quatre pattes, peuvent persister.

L'auteur donne une théorie physiologique de cette affection, basée sur l'existence de centres médullaires de mouvements coordonnés pour la station et pour la marche. Ces centres sont influencés par des centres corticaux, lesquels leur ordonnent, pour ainsi dire, d'entrer en jeu. Que ces centres corticaux deviennent impuissants ou bien que les centres médullaires eux-mêmes soient lésés dans leurs fonctions ou anatomiquement, le résultat sera le syndrome abasie et astasie avec ses différents degrés.

III. — *Des éphidroses de la face*; par le D^r Paul Raymond, interne des hôpitaux (numéros de janvier et mars). — Dans toutes les observations d'éphidrose de la face, il est possible de noter un trouble dans le fonctionnement du système nerveux. Ces éphidroses peuvent rentrer dans l'un des quatre groupes suivants : 1° Altération matérielle du système nerveux central; 2° lésions du cordon cervical du grand sympathique; 3° lésions des nerfs de la face; 4° troubles réflexes dont le point de départ réside dans une excitation des nerfs du goût, des nerfs de la sensibilité générale ou spéciale, ou dans une perturbation psychique.

L'explication se trouve, en fin de compte, dans les lésions du système sympathique. L'auteur discute cette donnée en relation et comparant les expériences sur les animaux. Il donne à la fin une analyse histologique d'un ganglion cervical inférieur dans un cas d'éphidrose faciale. On voit, dans la figure, des cellules malades.

IV. — *Rapport présenté à M. le ministre de l'intérieur au sujet de l'aliéné Mistral*; par les D^{rs} Charcot et Pierret (numéro de janvier). — L'affaire Mistral est bien connue. — Mistral, un vieux dément millionnaire, était réclamé par son tuteur et par des parents éloignés qui voulaient le faire sortir de la maison de santé où il était en traitement depuis longtemps. — Les experts prouvent, dans leur rapport, que Mistral est mieux dans sa maison de santé qu'il ne serait au dehors, incapable qu'il est de s'attacher à qui que ce soit ou à quoi que ce soit. Dans la maison de santé, au moins, il est protégé par l'administration.

V. — *Contribution à l'étude symptomatologique de la gliomatose médullaire*; communication faite au deuxième Congrès de médecins russes à Moscou, en janvier 1887, par M. Wladimir Roth, privat-docent de l'Université de Moscou (numéros de novembre 1887 et de mars, juillet, septembre et novembre 1888). — L'auteur relate d'abord dix observations détaillées de gliomatose médullaire, puis il base sur ces observations l'histoire de la maladie. — Ce travail est très important et d'un haut intérêt. Je ne puis que le résumer brièvement.

Anatomie pathologique: Le substratum anatomique de l'affection est constitué par des processus morbides, tantôt portant le nom de gliome de la moelle, tantôt celui de syringo-myélite. — La névroglie s'hyperplásie d'une manière diffuse et pénètre entre les éléments nerveux. Il se produit le plus souvent alors la dégénérescence et la liquéfaction du tissu pathologique avec formation de cavité. Le processus morbide atteint de préférence la substance grise, il longe le plus souvent toute la moelle et s'étend trois fois sur quatre jusqu'au bulbe.

Symptômes: Quatre séries de symptômes fondamentaux: 1° l'analgésie et l'anesthésie thermique isolée ou les deux simultanément; 2° des troubles subjectifs de la sensibilité; 3° des troubles moteurs, parésies limitées à des régions peu étendues, des mouvements convulsifs, etc.; 4° troubles trophiques et vaso-moteurs: atrophie musculaire, dystrophies cutanées et du tissu cellulaire sous-cutané, etc. — Ces symptômes sont proto-pathiques fondamentaux, non seulement à cause de leur fréquence, mais aussi parce que les troubles primitifs et constants de l'affection se nichent dans la substance grise de la moelle et que la plupart des symptômes sont sans doute liés à la lésion anatomique de cette partie de la moelle.

La marche de la maladie est généralement lente. Très sou-

vent les symptômes restent stationnaires pendant plusieurs années.

Terminaison : La mort arrive plutôt par suite de complications accidentelles que par suite des progrès de la maladie même. La guérison est peut-être possible, puisqu'on voit parfois de nombreux symptômes disparaître et qu'on a noté que le processus morbide peut ne pas progresser d'une manière notable pendant une dizaine d'années.

Étiologie : Le sexe masculin, la jeunesse. Comme causes déterminantes, le traumatisme, le froid, l'épuisement, le paludisme.

Traitement : L'hygiène, l'hydrothérapie, l'électricité, le nitrate d'argent, l'arsenic, la strychnine, etc.

VI. — *De l'épilepsie procursive* ; par les D^{rs} Bourneville et Bricon (numéros de janvier, mars, mai, septembre et novembre). — Ce long et intéressant travail renferme de nombreuses observations d'épilepsie procursive, observations très détaillées et comprenant l'histoire entière des malades avec leurs antécédents héréditaires. — On comprend que l'analyse de tous ces faits cliniques n'est pas possible dans une revue comme celle-ci. Je donnerai seulement un résumé des conclusions auxquelles sont arrivés les auteurs :

Le pronostic de l'épilepsie procursive proprement dite est toujours grave. Aux accès procursifs succèdent en général des accès à type commun. Il semble cependant que les accès procursifs ont moins d'influence sur l'état intellectuel des malades que les autres.

Les accidents procursifs, vertiges ou accès, diffèrent de la chorée et des différentes affections à type saltatoire par la perte de la connaissance ou par une obnubilation profonde de l'intelligence. On observe parfois à la fin d'une série d'attaques hystériques un besoin de courir, mais ces accidents ne constituent qu'un épisode de l'attaque et ne la composent pas tout entière, comme dans l'épilepsie procursive.

Les auteurs tendent à expliquer par une lésion du cervelet les attaques procursives, mais ils sont très réservés sur ce point, tant parce que la physiologie pathologique du cervelet est encore entourée d'une très grande obscurité que parce que leurs autopsies ne montrent que rarement des lésions primitives du lobe moyen du cervelet.

VII. — *Sur un cas de pseudo-tabes* ; par le D^r Pitres, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux (numéro de

mai). — Symptômes de l'ataxie locomotrice progressive persistant pendant dix ans. A l'autopsie, absence de sclérose des cordons postérieurs de la moelle épinière. Intégrité complète des racines rachidiennes et des nerfs périphériques.

Le malade mourut au milieu d'un appareil symptomatique composé de fièvre, de dyspepsie et de syncopes.

La seule lésion nécropsique fut celle du nerf récurrent gauche, lequel ne renfermait, pour ainsi dire, plus de tubes à myéline et était composé de fibres rubannées, atrophiées, très difficiles à isoler les unes des autres. On trouva également cependant une lésion analogue dans les nerfs du cœur et de l'estomac.

M. Pitres conclut, de ce cas extraordinaire, qu'il faut admettre qu'il existe des troubles fonctionnels susceptibles de donner lieu à un ensemble de symptômes analogues à ceux qui caractérisent le tabes.

VIII. — *Nouvelle étude sur le rôle de la prédisposition nerveuse dans l'étiologie de la paralysie faciale dite a frigore*; par le Dr E. Neumann (numéro de mai). — Conclusions de ce travail : Que la paralysie faciale dite *a frigore* soit organique ou *sine materia*, qu'elle puisse toujours être rattachée à une altération du nerf ou que parfois son origine première doive être recherchée dans l'encéphale, la cause dominante n'en est pas moins la prédisposition nerveuse héréditaire. — L'étude de la paralysie faciale dite *a frigore* montre une fois de plus qu'en pathologie nerveuse, il n'y a qu'une seule cause constante et nécessaire, c'est l'hérédité, dont le rôle prépondérant a, depuis de longues années déjà, été mis en relief par M. le Dr Charcot dans ses leçons de la Salpêtrière.

IX. — *Etude pathogénique et expérimentale sur le vertige marin*; par le Dr Pampoukis, en mission scientifique par l'Université d'Athènes (numéros de mai, juillet et septembre). — Relations d'expériences faites dans le laboratoire sur des animaux soumis, au moyen d'un appareil ingénieux, à des mouvements analogues à ceux du navire en mer; enregistrement de la respiration et de la circulation, de la pression dans les artères. — Impossibilité, dans l'état actuel de la technique physiologique, d'enregistrer les mouvements du liquide céphalo-rachidien. — Etude symptomatique du vertige marin chez l'homme.

Conclusions : « Le vertige marin se produit chez la plupart des voyageurs, et surtout chez les anémiques, neuropathes, dyspeptiques, toutes les fois que par les mouvements spéciaux d'un navire en tempête, et surtout par sa descente brusque, sur-

vient soit un choc avec anémie cérébrale et ébranlement cérébelleux, soit des grands et subits déplacements des viscères abdominaux et des contractions du diaphragme, avec les résultats de leur action locale ou réflexe par imitation, d'où surtout proviennent le vertige et les vomissements, symptômes essentiels de la maladie. »

La pathogénie du vertige marin n'est donc pas due à une seule et unique cause. Le plus souvent ce vertige est le résultat de l'anémie cérébrale, laquelle se produit par le liquide céphalo-rachidien. En même temps nous avons le tiraillement du cerveau, du cervelet et des pédoncules. — Il y a aussi d'autres circonstances où prédominent surtout le déplacement des viscères abdominaux.

Je crois à propos de rappeler ici la théorie de M. Luys sur les déplacements du cerveau et sur ce que cet auteur a dit de la pression du cerveau sur la base du crâne et, par suite, sur les nerfs et vaisseaux qui se trouvent là comprimés entre le plan osseux et la masse cérébrale. (Théorie du mal de mer.)

X. — *Note et schéma sur la topographie pathologique de l'axe cérébro-spinal*; par M. Jules Glover (numéros de juillet et de septembre). — C'est un exposé des données de la science actuelle sur les localisations cérébro-médullaires. Des figures schématiques permettent de se rendre compte du parcours, dans tout l'axe, des systèmes spéciaux ayant un même rôle physiologique. L'analyse d'un travail de ce genre est évidemment impossible. Le travail lui-même est surtout utile aux personnes qui ne sont pas au courant des questions de neurologie.

XI. — *Contribution à l'étude de la folie communiquée*; par le Dr Legrain, médecin de la colonie de Vaucluse (numéro de novembre). — Cette étude a été lue à la Société de psychologie physiologique, séance du 27 juin 1887.

Il s'agit de quatre observations intéressantes de délire communiqué. L'auteur fait remarquer qu'ordinairement, si le délire du malade passif échappe à toute description clinique, celui du malade actif rentre forcément dans le cadre nosologique.

[Annales d'hygiène publique et de médecine légale.]

I. — *Alcoolisés meurtriers*; par le Dr Motet (numéro de janvier). — Deux rapports médicaux concernant deux hommes

ayant tué : le premier, sa femme et ses deux enfants ; le second, son enfant et ayant cherché à tuer sa femme.

Le premier cas est le plus intéressant. Le premier était un mélancolique héréditaire avec idées de persécution. L'alcoolisme développa facilement chez cet individu, déjà troublé profondément, des hallucinations de la vue et de l'ouïe. C'est dans une crise avec hallucinations impératives et anxiété qu'il a commis son triple meurtre.

Le second cas a trait à un alcoolique ordinaire qui a agi dans un moment de fureur inconsciente. A remarquer que ce malade ne s'enivrait jamais complètement, ce n'est que par une absorption pas très considérable, mais continue, qu'il est arrivé à s'intoxiquer. Il ne présentait aucune tare héréditaire.

II. — *La simulation de la folie et la loi sur la relégation*; par le D^r P. Garnier, médecin en chef de l'Infirmerie spéciale du Dépôt de la préfecture de police (numéro de février). — Par la nature même des fonctions qu'il remplit à la préfecture de police, M. Paul Garnier a acquis une grande expérience des simulateurs. Il donne, dans ce mémoire, quelques conseils aux experts chargés d'examiner ces soi-disant aliénés, conseils extrêmement sages et extrêmement utiles. Il les appuie de quelques observations personnelles. M. P. Garnier fait remarquer que la nouvelle loi sur la relégation est une cause de l'accroissement du nombre des simulateurs.

III. — *Dégustation des vins et alcoolisme professionnel*; par le D^r Marandon de Montyel, médecin en chef de l'asile public d'aliénés de Marseille (numéro de mars). — Contrairement à l'opinion de M. le D^r Donnet, M. Marandon de Montyel affirme que la dégustation des vins, telle qu'elle se pratique en Gironde et en Bourgogne, n'est susceptible à aucun degré de développer l'alcoolisme professionnel. L'étude des observations contraires à cette donnée prouve que les sujets atteints d'alcoolisme absorbaient des boissons alcooliques en dehors de leurs dégustations professionnelles. En effet, les dégustateurs n'avaient pas les vins ou les eaux-de-vie qu'ils expertisent.

IV. — *Vols multiples avec amnésie chez une hystérique héréditaire atteinte de métrite chronique avec vaginisme et hémorragies*. Rapport médico-légal par M. le D^r Mabilly, directeur médecin de l'asile de Lafond, lu à la Société de médecine légale de France, séance du 18 février 1888 (numéro de mai). — C'est l'amnésie qui constitue le côté original de cette observation. La malade volait dans les magasins quantité d'objets disparates et

le souvenir de ses larcins ne lui revenait qu'après un temps quelquefois assez long. Elle se faisait aider, la nuit, par son mari pour retrouver les endroits où elle avait dû s'emparer des objets qu'elle avait en sa possession sans savoir d'où ils provenaient. — Ordonnance de non-lieu.

V. — *Étude clinique et médico-légale des impulsions morbides à la déambulation observées chez des militaires*; par le Dr Émile Duponchel, professeur agrégé du Val-de-Grâce (numéro de juillet). — Dans cette conférence faite aux aides-majors stagiaires du Val-de-Grâce, M. Duponchel se place avant tout au point de vue médico-légal. Il passe en revue les facteurs étiologiques des accès de déambulation : épilepsie, hystérie, somnambulisme, etc. Il donne des observations curieuses des différents types. Le médecin appelé à décider de la nature morbide d'une fugue d'un militaire accusé, de ce fait, de désertion, sera parfois bien embarrassé quand l'automatisme ambulatorio ne se présentera pas avec des caractères très nets. Se rappeler que l'inconscience est loin d'être absolue dans tous les cas, et que souvent même l'impulsion est absolument consciente. Rechercher l'hérédité, les antécédents, analyser les actes considérés comme délicieux.

VI. — *Homicides et assassinats à la période prodromique de la paralysie générale*; par le Dr Marandon de Montyel, médecin en chef des asiles publics d'aliénés de la Seine (numéro d'août). — L'homicide et le vol peuvent se rencontrer à la période prodromique de la paralysie générale, mais ils relèvent tout à la fois de l'irritabilité morbide et du caractère antérieur. Suivent deux observations concluantes.

M. Marandon de Montyel dit que le crime prémédité, exécuté avec précaution et suite dans la perversité, est en contradiction avec le caractère des paralytiques. Aussi il faut certaines circonstances personnelles pour que le paralytique au début devienne meurtrier. Un homme congestif, de tout temps vindicatif et méchant, devient, sous la poussée d'une paralysie générale naissante, plus vindicatif, plus méchant et plus irritable. Son caractère antérieur ne l'aurait peut-être pas conduit seul à l'assassinat, l'appoint apporté par la paralysie générale en fait un meurtrier.

Il s'ensuit qu'un homme non méchant et non vindicatif ne saurait devenir homicide au début d'une paralysie générale. Est-ce là une vérité incontestable ?

Archives générales de médecine.

I. — *Contribution à l'étude de l'état mental des héréditaires dégénérés* ; par le D^r G. Ballet, professeur agrégé à la Faculté, médecin des hôpitaux (numéros de mars et d'avril). — M. Ballet expose la doctrine des syndromes épisodiques de la dégénérescence intellectuelle de M. Magnan. Il rappelle les principales observations classiques de stigmates psychiques de la dégénérescence et il en relate plusieurs autres qui lui sont personnelles. Le point original de ce mémoire est l'adjonction à la liste des stigmates psychiques connus : perversion génésique, onomatomanie, etc., un nouveau stigmaté, l'hallucination de l'ouïe avec conscience.

L'auteur, à ce propos, résume en quelques pages et d'une façon très heureuse, la théorie des hallucinations de Tamburini et la discussion sur les hallucinations d'origine périphérique. Il trouve une certaine analogie entre l'onomatomanie, cette obsession du mot ou de la phrase, résultant d'une excitation morbide des centres du langage articulé et l'hallucination consciente de l'ouïe, résultat également d'une excitation morbide du centre des images auditives verbales. Dans les deux phénomènes pathologiques, il y a à la fois *obsession* et *conscience*, les deux caractères essentiels des syndromes épisodiques de la dégénérescence mentale.

II. — *Contribution à l'anatomie pathologique du tétanos traumatique* ; par les D^{rs} Pitres, professeur à la Faculté de Bordeaux, et Vaillard, professeur agrégé au Val-de-Grâce (numéro de mai). — Trois cas de tétanos traumatique. Examen macroscopique et microscopique des lésions nerveuses.

Conclusions : En ce qui concerne la moelle, il est impossible de faire fond sur l'existence d'une lésion fixe, caractéristique. Si on a souvent trouvé les signes d'une myélite aiguë, diffuse ou centrale, souvent aussi la moelle a été rencontrée saine. De même pour les nerfs périphériques.

Il en résulte qu'on est conduit à reconnaître l'insuffisance ou l'in vraisemblance des doctrines pathogéniques basées sur les lésions anatomiques du tétanos.

L'impossibilité où l'on est aujourd'hui d'expliquer l'évolution du tétanos par une altération banale de la moelle ou des nerfs, invite à chercher dans une autre voie la cause initiale et le mécanisme des accidents. Cette voie est indiquée par les travaux

récents qui tendent à assimiler le tétanos aux maladies infectieuses proprement dites, et à le faire considérer comme une affection spécifique, vraisemblablement de nature microbienne.

III. — *Contribution à l'étude du panaris analgésique (maladie de Morvan)*; par les D^{rs} Charles Monod, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux, et Réboul, interne des hôpitaux (numéro de juillet). — Cette affection est très rare, on n'en possède que vingt et une observations. Les auteurs en donnent une nouvelle, prise dans le service de l'un d'eux, et ils décrivent ensuite cette affection que, pour ne rien préjuger, ils appellent maladie de Morvan, Morvan l'ayant observée le premier.

La maladie de Morvan se manifeste par des altérations de la motilité, de la sensibilité et par des troubles trophiques. — Les altérations de la motilité sont un affaiblissement progressif, une parésie, laquelle est précédée, accompagnée ou suivie d'atrophie musculaire. La parésie et l'atrophie musculaires siègent aux extrémités supérieures (main, avant-bras) et sont symétriques. Puis, au bout d'un certain temps, les mêmes phénomènes se produisent aux membres inférieurs. — Les troubles sensitifs prédominent, il y a anesthésie et analgésie dans les mêmes régions. L'analgésie est complète, l'amputation des doigts n'est pas douloureuse. — Les troubles trophiques sont : des sueurs, une coloration violacée des mains, des pieds, des genoux. Puis apparaissent des phlyctènes. Le panaris nécrotique à marche rapide est fréquent mais non constant.

La névrite périphérique est évidente; mais cette névrite n'est-elle pas elle-même sous la dépendance d'une lésion centrale de la moelle ou des ganglions spinaux? Les auteurs ne le pensent pas. — La plupart des sujets atteints de cette maladie sont des habitants des bords de la mer, des pêcheurs. Ne serait-il pas possible d'admettre un contagé dû aux poissons et sous l'influence duquel se produirait cette névrite périphérique? Et ne pourrait-on, dans cet ordre d'idées, rapprocher la maladie de Morvan de la lèpre? — En résumé, la maladie de Morvan est une névrite périphérique de cause jusqu'ici mal connue.

IV. — *Hystérie et diabète*; par le D^r René Grenier (numéro d'octobre). — Plus que toute autre affection le diabète offre des exemples de cette connexion étroite des maladies qui relèvent d'un trouble général de la nutrition avec la famille névropathique. Elle est démontrée par les maladies nerveuses rencontrées chez les ascendants du diabétique, d'une part; par les

accidents nerveux si fréquents dans le diabète, d'autre part. Il existe certainement des accidents nerveux diabétiques proprement dits; mais l'auteur pense qu'il peut survenir au cours et par le fait du diabète des accidents hystériques, comme il s'en produit au cours et par le fait d'une intoxication. Ces accidents hystériques peuvent avoir précédé le diabète et se continuer pendant son évolution; mais l'hystérie peut aussi apparaître pour la première fois chez un sujet pendant le cours d'un diabète qui en aura été ainsi le *primum movens*.

Suit une série d'observations à l'appui de cette thèse.

D^r L. CAMUSET.

JOURNAUX PORTUGAIS

Revista de Neurologia e Psychiatria.

ANNÉE 1888.

I. — *Mouvements pupillaires, post mortem et intra vitam*; par le professeur Sousa Martins (numéro de janvier à mars). — Reprenant les expériences faites sur le cadavre par Harless, de Munich, en 1848, le professeur Sousa Martins a constaté plusieurs fois, et dans des conditions qui ne laissent place à aucun doute, l'influence de la lumière sur les mouvements de la pupille. Des alternatives d'ombre et de clarté provoquent des successions alternantes de dilatation et de rétrécissement du champ pupillaire, quarante-huit heures encore après la mort. La lumière diffuse les détermine aussi bien que l'éclairage direct, quoique avec moins de rapidité; dans l'un et l'autre cas, d'ailleurs, la mobilité du diaphragme oculaire se montre inférieure, sur le cadavre, à celle dont il est doué physiologiquement, les conditions expérimentales restant identiques. L'explication que donne de ces faits M. Martins est la suivante :

L'accommodation, d'une part, est soumise par action réflexe à ce qu'on pourrait appeler l'appréciation rétinienne (influence nerveuse). D'un autre côté, l'action d'un faisceau lumineux sur les éléments pupillaires seuls, est, de par les expériences précédentes, désormais indiscutable (influence directe). Ceci posé, dit M. Martins, « il est vraisemblable que la mission de l'influence directe commence seulement lorsque s'est déjà exercée l'influence nerveuse... L'action directe de la lumière sur l'iris

est appelée à *fixer* la pupille dans le *ton*, dans le diamètre que lui a imposés le degré d'impression lumineuse reçue par la rétine. » L'iris est un sphincter ; comme tel, et à l'instar de tout autre muscle, il est appelé à vibrer sous l'influence du courant nerveux qui détermine sa mise en travail ; de là, une succession d'ondes, de franges mouvantes dentelant son bord libre, une instabilité quasi permanente du diamètre pupillaire, toutes choses éminemment préjudiciables à la netteté de la vision. Pour obvier à ces inconvénients, certains éléments constitutifs de l'organe jouissent d'une propriété spéciale, celle d'immobiliser dans la position voulue, et dès que celle-ci est atteinte, la masse musculaire vibrante ; cette propriété serait plus particulièrement dévolue aux cellules pigmentées de la paroi irienne postérieure (uvéa), et persisterait chez elles quelque temps encore après la mort.

II. — *Notes physico-psychologiques sur le langage* ; par A. Coêlho, professeur au cours supérieur de lettres, à Lisbonne (numéro de janvier à mars). — Pour étudier avec fruit les faits scientifiques se rapportant à la faculté du langage, dit M. Coêlho, il est nécessaire de grouper, de rapprocher les connaissances actuellement éparses dans les littératures médicale ou psychologique d'Allemagne, d'Angleterre et de France. Dans cette dernière contrée, parmi les médecins qui ont de plus près examiné la question, Gilbert Ballet, avec sa thèse sur « le langage intérieur et les principales formes de l'aphasie », s'est mis tout particulièrement en évidence. Malheureusement M. Ballet, comme la plupart des psychologues français, ne semble avoir qu'une très insuffisante connaissance des opinions émises sur le sujet dans les pays voisins. La chose est compréhensible jusqu'à un certain point, étant donné la difficulté que rencontre le même homme à produire des travaux originaux et à posséder en même temps les vastes littératures médicale et psychologique du monde entier. De là la nécessité de réunir, d'assembler en un faisceau unique, les faits particuliers étudiés par différents observateurs, afin d'obtenir une vue d'ensemble du sujet commun. Partant donc des trois degrés admis par G. Ballet dans la marche du développement psychique, — à savoir : 1° Sensation ; 2° association de sensations donnant naissance à l'idée de l'objet ; 3° association de l'image (auditive) propre à un mot avec l'image de l'objet qu'il détermine, — M. Coêlho met en parallèle les trois *moments* de l'école allemande, ainsi énoncés par Lazarus et Steinthal : 1° Sensation ; 2° per-

ception ; 3° *apperception*. Ce dernier terme originellement employé par Leibnitz, puis, avec quelques modifications dans sa valeur, par Herbart, a subi de nouvelles variations de sens entre les mains des deux auteurs précités. D'une façon générale, l'*apperception* peut se définir : une faculté grâce à laquelle tout fait nouveau qui s'offre à l'esprit est rectifié, complété, interprété à la lumière de l'expérience précédemment acquise par ce même esprit ou des conceptions qui lui sont propres. Exemples : quand l'eau courbe un bâton, ma raison le redresse... Don Quichotte prenant les moulins pour des géants, hôtes du monde imaginaire où il vivait..., etc. Le processus selon lequel se déroule la connaissance du langage, n'est qu'une forme et la forme principale de l'*apperception*. En effet, un mot prononcé éveille l'idée d'un objet *particulier*, semblable mais non identique à des objets analogues déjà perçus, et qui, différant de ceux-ci par quelque détail surajouté, va figurer dans le groupe mental de ses congénères ; il y a là *apperception* d'une représentation nouvelle obtenue grâce aux connaissances précédemment acquises.

Quelques faits pathologiques légitiment la division en trois *moments* ou *termes* du développement psychique. Ce sont les surdité et cécité — corticales, — psychiques, — verbales. Un son donné détermine : une *audition proprement dite* (physique) ; une *audition d'objet*, c'est-à-dire en relation avec le seul objet producteur du son, sorte de signe acoustique propre à cet objet ; enfin, existe encore une *audition verbale* résultant de l'éducation et qui est éveillée dans notre esprit, non par le son du corps vibrant, mais par celui du mot conventionnel qui sert à désigner ce corps. Or, l'audition physique répond au *moment de sensation* ; l'audition d'objet est la *perception* de Lazarus ; l'audition verbale n'est que l'*apperception* de l'objet au moyen du mot ; de sorte que, pathologiquement : la surdité *corticale* ou *cérébrale* consiste dans l'abolition de l'audition physique, par obstacle à la sensation ; la surdité *psychique* correspond à l'abolition de l'audition d'objet ; il y a là obstacle à la perception ; la surdité *verbale* est déterminée par la perte de l'audition correspondante, ce qui implique un obstacle à l'*apperception*.

Les mêmes considérations s'appliquent aux trois cécités similaires.

III. — *Cours libre de neuropathologie et de psychiatrie professé à l'hôpital de Rilhafolles, pendant l'année 1888. Leçon d'ouverture* ; par le D^r Bettencourt-Rodrigues (numéro de janvier

à mars). — Pour la première fois, en 1887, M. Bettencourt-Rodrigues ouvrait un cours de maladies mentales à *Rilhafolles*; c'est encore le seul qui ait trait, en Portugal, à notre spécialité. La tentative était donc audacieuse; elle paraît avoir été couronnée de succès puisque dans la leçon que nous avons sous les yeux, — la première du cours de 1888, — l'orateur passant une revue succincte des sujets traités l'année d'avant, énumère successivement le délire des persécutions, les différents types d'hérédité avec dégénérescences consécutives, la manie, la mélancolie, l'alcoolisme, l'épilepsie et la paralysie générale des aliénés... Cette année, il compte étudier les localisations cérébrales tout spécialement dans leurs rapports avec la pathologie du langage. Incidemment, et tandis qu'il est encore sur le terrain des généralités, c'est par un éloquent témoignage tout empreint d'une reconnaissante gratitude envers la science française qu'il aborde l'histoire sommaire de la psychiatrie et de la neuropathologie.

Un résumé des règles formulées par le D^r Charcot à propos des recherches à effectuer dans le domaine des localisations cérébrales et la reproduction des conclusions posées par le savant maître de la Salpêtrière comme corollaire du travail publié en 1877 avec le D^r Pitres (de Bordeaux), terminent la leçon préliminaire du « cours de pathologie nerveuse pour l'année 1888 ».

IV. — *L'électricité en psychiatrie*; par Magalhaes Lemos (numéro de janvier à mars). — Après quelques considérations physiologiques tendant à démontrer tout le parti que le médecin peut tirer de l'électricité; après avoir rappelé les expériences de Remak père, Nothnagel, Brown-Séquard, Vulpian, Rumpf, etc., et les opinions d'Erb sur l'application des courants au traitement de divers processus pathologiques, M. Magalhaes Lemos rapporte deux observations de maladies mentales guéries par la faradisation. L'appareil employé est celui de Dubois-Reymond avec pile au bichromate de Grenet. La première de ces observations a trait à un cas de mélancolie produite par un choc moral violent. Il s'agit d'un homme de quarante-deux ans employé dans un magasin de vins, et, comme tel, sujet à quelques excès alcooliques, lequel surprit sa femme en flagrant délit d'adultère avec son propre frère, à lui. Tentative de suicide par égoïsme, puis apathie profonde avec sitiophobie et déchéance physique extrême. Gâtisme. Comme épiphénomène, dans le courant du premier mois de séjour à l'asile, othématome gauche

suivi de guérison. Médication générale tonique; — sans action aucune sur l'état mental. Le malade reste un an entier avec les mêmes dehors : il est considéré comme dément. Le traitement faradique fut alors institué. Procédé : l'électrode négative est appliquée sur la nuque du patient; — sur son front, une main de l'opérateur; l'autre main de celui-ci tient l'électrode positive. Ce *modus faciendi* est adopté, à l'effet d'apprécier avec justesse et de régler convenablement l'intensité électrique. Séances progressives de dix à quinze minutes; faradisation tantôt céphalique, tantôt générale; courant faible. Après une douzaine de jours, l'amélioration est telle que la guérison peut être considérée comme très prochaine. Le malade, effectivement, sort guéri un mois après. — Le second cas se rapporte à un laboureur de vingt-six ans, entaché d'hérédité névropathique, qui, après un violent accès de manie, tomba dans la stupeur la plus complète et, de même que le précédent malade, fut, à la longue, considéré comme dément. Etat physique misérable; gâtisme. L'application du traitement faradique fut également suivie de succès.

La même médication employée dans des cas de manie et d'épilepsie est restée sans résultat.

V. — *Fièvre intermittente d'origine nerveuse*; par Alfred-Louis Lopez (numéro de janvier à mars). — Une demoiselle de vingt-huit ans, hystérique et de constitution débile, est prise deux jours après sa période menstruelle d'une abondante métrorrhagie qui la laisse à bout de forces et toute prostrée. L'alimentation reste absolument insuffisante malgré les instances de la famille et du médecin. A neuf jours de là, premier accès fébrile : pouls, 96; température, 38°,5; durée : trois heures. La malade refuse toute médication. Par suite d'une circonstance imprévue, l'heure et le nombre des repas se trouvent modifiés; la fièvre avorte ce jour-là. Elle reparait les jours suivants avec les anciennes habitudes de la malade. La guérison est obtenue à l'aide d'une alimentation plus régulière et plus copieuse imposée à M^{lle} X..., grâce à l'énergique intervention de son père.

De cette observation, M. Lopez croit pouvoir retirer deux enseignements : le premier consiste dans la démonstration, faite une fois de plus, de la fièvre intermittente d'origine nerveuse. L'auteur rappelle à ce sujet les travaux de Briquet, Gagey, Briand, etc. Quant à lui, il donne sur les causes de la fièvre dans le cas particulier qu'il vient de rapporter l'explication

suivante. Le renouvellement périodique de la plupart de nos actes physiologiques est une loi de nature : ainsi en est-il de manger, dormir, etc. Habituellement chacun de ces besoins se traduit d'une manière qui lui est propre ; or, cette fois, c'est par une manifestation fébrile survenant à heure fixe que l'organisme, affaibli par l'hémorrhagie initiale aussi bien que par une hygiène alimentaire un peu fantasque, témoignait du besoin qu'il ressentait de réparer ses forces ; cela arrivait toujours, par conséquent, dans le moment où un déjeuner insuffisant et déjà éloigné, laissait l'économie à bout de ressources ; ce qui semble encore prouver la légitimité de cette opinion, c'est que la moindre nourriture suffisait à chasser la fièvre, qui fut guérie, d'ailleurs, par la répétition plus fréquente de l'acte alimentaire. — La seconde leçon à tirer de l'observation précédente est basée sur l'heureux résultat obtenu par suite de l'intervention énergique du père de la malade ; savoir imposer à un névropathe sa volonté, suppléer ainsi à celle qui lui manque le plus souvent, c'est dans la majorité des cas une garantie de succès.

VI. — *L'anthropologie criminelle* ; par A. d'Azevedo Castello Branco, sous-directeur du pénitencier central de Lisbonne (numéro d'avril à juin). — Tenant compte des critiques raisonnables qui ont pu être formulées contre l'anthropologie criminelle, réfutant celles qui lui paraissent extrêmes, et, d'autre part, traçant à la nouvelle science des limites compatibles avec le bon sens, M. d'Azevedo, après un court historique de la question, recherche dans quelles mesures les investigations médico-légales pourraient être utiles à la cause de la justice pénale et de l'équité.

En effet, il ne suffit pas au juge de bien posséder le code et de savoir en faire à propos l'application, il lui importe aussi de connaître l'état moral du prévenu, ses antécédents personnels ou ataviques, sa complexion intellectuelle, etc. N'est-il pas surabondamment démontré que l'hérédité morbide, — nerveuse, congestive, alcoolique ou autre — certaines conditions de milieu, d'âge, de déséquilibre fortuite dans la sphère physique ou morale des géniteurs concourent, aussi bien que l'hérédité criminelle proprement dite, à perpétuer des êtres abâtardis, dégénérés, en qui la prédominance des pires instincts constitue une caractéristique bien nette ? Ces êtres, on ne doit pas, comme le criminel d'occasion, chercher à les amender, les améliorer, les corriger en vue d'une période ultérieure de leur existence ; se préserver de leur contact, les tenir en

charte privée, loin de toute occasion de se reproduire, voilà quels sont envers eux les devoirs de la société. Mais, si à des responsabilités inégales répondent des mesures répressives différentes, il est au moins juste de trier soigneusement, dès leur entrée en prison, les délinquants passibles de l'une ou de l'autre jurisprudence. C'est en quoi M. d'Azevedo voit la possibilité d'une heureuse application de l'anthropologie criminelle. Il serait donc à souhaiter, dit-il, qu'un service anthropologique fût installé dans chaque prison sous la direction du personnel médical. Déjà, au Pénitencier de Lisbonne, bien qu'un semblable service n'existe pas encore officiellement, on a fait quelques observations intéressantes qui démontrent l'utilité d'une organisation plus complète. Entre autres résultats obtenus, il a été constaté que sur cinq-cent-vingt-neuf condamnés, 11,34 p. 100 descendaient de pères alcooliques, épileptiques, aliénés, criminels, ou de gens atteints soit de phtisie, soit de quelque autre affection dégénérative : « proportion qui sera plus élevée, sans aucun doute, quand une étude méthodique sera régulièrement pratiquée... », ajoute l'auteur.

VII. — *L'hémiplégie hystérique (symptomatologie et diagnostic)*; par le D^r Bettencourt-Rodrigues (numéro d'avril à juin). — Dans un article très complet, l'auteur passe en revue les multiples difficultés que peut offrir le diagnostic de l'hémiplégie hystérique; à la lumière des nombreux travaux inspirés par la question, surtout en France, et particulièrement à l'école de la Salpêtrière, il résout les problèmes successifs qui se présentent et trace un tableau suffisamment net, malgré sa complexité, des symptômes de l'affection. Énumérons rapidement les principaux de ces signes : facies peu modifié; température normale du côté frappé; pas de glycosurie ni d'albuminurie; flaccidité musculaire invariable, quel que soit l'âge de l'hémiplégie; dans d'autres cas, contracture permanente sans variation aucune d'intensité; hémiplégie complète, profonde, intéressant tous les genres de sensibilité; abolition du sens musculaire; augmentation de la résistance électrique, etc. Les signes pathognomoniques de l'affection consistent dans : 1^o l'intégrité absolue du territoire innervé par le facial inférieur; 2^o le caractère particulier de la marche chez le sujet atteint. Le malade frappé d'une hémiplégie d'origine cérébrale progresse en opérant avec le membre inerte un mouvement en arc de cercle; l'hystérique, lui, *traîne* après soi le membre paralysé tout comme il le ferait d'un corps étranger; son pied balaie littéralement le sol. Pour

Bentley Todd comme pour Charcot, cette façon d'avancer serait caractéristique de l'hémiplégie hystérique.

VIII. — *Un cas de cardiopathie hystérique*; par Cupertino Ribeiro (numéro d'avril à juin). — L'observation qui fait le sujet de cette note vise une femme de trente ans environ, issue d'un père mort de cirrhose, d'une mère diabétique, et comptant dans sa famille des personnes atteintes d'herpétisme. La malade fut réglée à quatorze ans; mariée à vingt et un, elle n'a jamais conçu; dans l'enfance, elle aurait éprouvé des douleurs qualifiées de rhumatismales, et plus tard, deux crises convulsives distantes l'une de l'autre. Les phénomènes accessoires, actuellement ressentis par M^{me} S..., sont trop touffus pour être rapportés ici; disons seulement que se croyant sous le coup de la diathèse arthritique, elle accusait des douleurs nombreuses et variables de siège comme d'intensité, se soumettait depuis deux années au régime lacté et prenait pour sa santé les plus grands ménagements. L'inspection attentive révèle une hémianesthésie droite assez marquée; une diminution dans l'acuité visuelle de l'œil droit avec insensibilité au toucher de la conjonctive oculaire; des hallucinations de la vue; une hyperesthésie des sens olfactif et gustatif; enfin, du côté du cœur, un tumulte véritable en même temps que des bruits anormaux à tous les foyers d'auscultation; en arrière, au tiers postéro-inférieur de l'omoplate gauche, un souffle intense, systolique.

Le diagnostic plusieurs fois porté déjà était celui d'endocardite généralisée d'origine goutteuse ou rhumatismale. Seul, un médecin de Dax, le D^r Raillard, avait parlé, — sans succès, — d'hystérie viscérale. Après des péripéties diverses dans le cours de l'affection et du traitement mis en œuvre, après consultation nouvelle avec deux confrères éminents, le diagnostic fermement retenu par le D^r Ribeiro, fut celui qu'il avait émis en premier lieu, savoir de cardiopathie hystérique. L'hygiène, les hypnagogues, l'hydrothérapie sous forme d'affusions et de bains tièdes, parfois la digitaline et le sulfate de quinine, selon l'occurrence, amenèrent à la longue une sédation définitive des principaux symptômes. M^{me} S..., sans être complètement guérie, est aujourd'hui suffisamment améliorée pour pouvoir, — après deux ans de réclusion, — reprendre quelque part à la vie mondaine que comporte sa situation sociale.

D^r NICOLAU.

BIBLIOGRAPHIE

Relatorio do serviço medico e administrativo do hospital do Conde de Ferreira, relativo ao primeiro biennio 1883-1885 (Rapport médico-administratif sur l'hôpital « Comte de Ferreira », relatif à la première période biennale 1883-1885); par le Dr de Senna, professeur titulaire à la Faculté de médecine de l'Université de Coïmbre, directeur délégué de l'établissement, avec la collaboration des médecins traitants, J. X. de Mattos, J. Urbano, L. Peixoto et M. Lemos. 1 vol. in-4°. Porto, 1887.

Le rapport que nous adresse le professeur de Senna est une œuvre des plus complètes, des plus intéressantes qu'il nous ait été donné de lire concernant l'assistance des aliénés en pays étrangers. Elle se présente sous l'aspect d'un fort volume in-4° de 266 pages, remarquablement édité, muni de nombreux tableaux explicatifs et illustré de six planches, en tête desquelles figure un beau portrait du comte de Ferreira, fondateur de l'asile qui porte son nom. Des deux parties de l'ouvrage, la première et la plus volumineuse est consacrée au compte rendu médical; c'est donc celle-ci qui nous occupera particulièrement.

Dans une Introduction empreinte de cet esprit philosophique jadis en honneur parmi nos aliénistes français, l'auteur, après avoir esquissé en quelques lignes « le schéma de son travail », aborde l'étude de l'assistance due aux aliénés, des raisons qui imposent à la société ce devoir fraternel et des moyens employés en Portugal pour en assurer l'accomplissement. Or, c'est avec une amertume qu'il ne cherche nullement à celer, que l'écrivain accuse les piètres résultats obtenus par son pays dans l'hospitalisation des affections mentales : sur plus de huit mille fous, dit-il, mille, à peine, sont secourus ! Encore l'État ne fait-il rien ou à peu près, en faveur de ces malades ; des legs particuliers ont seuls permis la création des manicomies de *Rilhafolles* et de *Ferreira*...

Celui-ci, ouvert en mars 1883, contient, en chiffres ronds, une moyenne annuelle de trois cents individus des deux sexes ; le

mouvement des admissions pour la période biennale 1883-1885, — cette période ayant son origine à l'ouverture de l'asile, — a été de 493 unités. Ces admissions présentent un côté particulier : comme chez nous, elles peuvent être *volontaires* ou *d'office* ; mais, en outre, elles se subdivisent en *définitives* et *provisoires*. Dans cette dernière catégorie figurent, si l'on peut s'exprimer ainsi, des *prévenus* d'aliénation dont le trouble mental, insuffisamment démontré, ou le défaut des pièces nécessaires empêchent l'entrée effective. En somme, contrairement à ce qui a lieu en France, l'asile peut, semble-t-il, recevoir en observation des gens simplement soupçonnés de modifications psychopathiques. Comment et sur quel visa ces malades passent-ils du quartier des *soupçonnés* à celui des *avérés* ? Comment se régularise leur situation ultérieure ? C'est ce qu'il serait fort intéressant de savoir au point de vue de la législation comparée, mais ce dont nous n'avons aucune idée, la relation de M. le professeur de Senna étant muette sur ce point.

Le paragraphe II, intitulé *Statistique nosographique*, est un véritable exposé de pathologie mentale. L'auteur, partisan du système doctrinal de Krafft-Ebing, adopte la classification de ce maître, la prend pour base de son travail, en définit chaque terme, et, tout en rendant à l'École française une part de la justice qui lui est due dans la personne de Morel, se déclare néanmoins pour l'École allemande ; à ce point que, parlant de M. Magnan, dont il cite pour mémoire et comparaison la méthode de classement, il paraît regarder cette méthode comme émanant dans ses principaux traits des systèmes de Krafft-Ebing et de Schüle.

Une des divisions les plus intéressantes du volume est consacrée à l'étiologie des individualités morbides en traitement à *Ferreira*. D'après un tableau très soigneusement dressé, « le coefficient général de l'hérédité serait de 1/4 environ », — soit 25 p. 100 de la population traitée ; proportion un peu trop forte, au dire de l'auteur, et qui, après défalcatons successives et raisonnées faites au chiffre du numérateur primitif, se ramène à 1/6 ou à peu près, — soit 16.5 p. 100. Parmi les aliénés entachés d'hérédité, 35 p. 100 relevaient de la ligne maternelle, 39 p. 100 du côté paternel ; enfin 25 p. 100 comptaient des tares ancestrales dans les deux directions. Ajoutons que le terme *Hérédité* comprend, dans le tableau que nous avons sous les yeux, des facteurs étiologiques d'une valeur inégale, au point de vue absolu ; ainsi la phthisie, la chlorose, la syphilis y

coudoient l'apoplexie, l'imbécillité, l'aliénation vésanique. Mais ces diathèses ont, dans le cas particulier, presque toujours atteint des parents de dégénérés ; aussi, inspirent-elles à l'écrivain des réflexions fort justes sur les tristes conséquences qu'entraînent, au moment de la conception, l'oubli trop fréquent des lois de l'hygiène, et le défaut, soit momentanément, soit chronique, d'équilibre physique ou moral chez les conjoints. Nous n'y insisterons pas davantage et passerons à la statistique des paralysés progressifs existant dans l'établissement. Sur 493 séquestrations intéressant les deux sexes, 35 individus présentaient les signes de la périencéphalite diffuse : 26 hommes contre 9 femmes. Quant aux origines présumées de cette maladie : parmi 23 cas, dont les antécédents fussent connus, deux fois les abus vénériens l'avaient produite ; cinq fois les excès alcooliques, neuf fois la syphilis. Malgré l'apparente éloquence de ces chiffres, M. de Senna, évitant de prendre un ferme parti dans la querelle pendante, déclare seulement au cours de ses conclusions que la « syphilis peut avoir été l'élément causal dans la presque moitié des cas », aux excès alcooliques revenant, pour le quart du même nombre environ, la responsabilité dans l'étiologie de la paralysie générale.

En abordant le chapitre II consacré aux « Traitement et résultats obtenus », disons-le tout de suite : en ce qui concerne les mesures hygiéniques comme en ce qui touche à la médication proprement dite, les aliénés de l'hôpital Ferreira nous paraissent aussi bien partagés que possible ; une eau abondante, un personnel nombreux, des infirmeries soigneusement établies sont à leur disposition. Les gardiens sont dans la proportion de un pour sept malades, en moyenne ; par malheur, en Portugal comme en France, la qualité de cette espèce d'hommes ne répond guère à la quantité. Ignorants, versatiles, imbus de préjugés communs dans la classe d'où ils procèdent, c'est par exception qu'ils s'attachent à la maison qui les gage, plus rarement encore à la personne des malades qu'ils surveillent. A trois années de sa fondation, l'asile Ferreira, pour sa part, comptait seulement trois membres de son personnel primitif, et cela malgré des gratifications répétées..... Le service médical comprend cinq personnes : un médecin-directeur, un médecin-adjoint et trois médecins externes. Les moyens mis en action sont ceux généralement usités : agents thérapeutiques, hydrothérapie, contrainte ; celle-ci le plus rare possible, comme il va sans dire ; joignons-y accessoirement

le travail, les jeux, la promenade; enfin, M. de Senna, pour sa part, use à l'occasion du traitement moral sous la forme persuasive, — hâtons-nous de dire qu'elle n'a rien de commun avec celle préconisée par Leuret, du moins dans l'application, — et il rapporte brièvement deux observations à l'appui de son système. Une heureuse innovation consiste, à l'asile Ferreira, dans l'introduction à l'infirmerie (hommes) d'un couple marié comme gardes-malades. Mille soins, en effet, sont donnés avec plus de délicatesse par une main féminine et acceptés des patients avec plus de docilité et de gratitude; c'était l'opinion de Georgetown, et, plus récemment, celle de Maudsley.

Quelques vues personnelles sur la curabilité des maladies mentales avec tableaux à l'appui; huit observations d'aliénation méconnue ou simulée; des recherches sur la mortalité avec détermination du coefficient léthal propre à chaque saison et à chaque variété morbide; enfin, vingt-neuf résumés d'autopsies, dont l'une avec planche, terminent à la fois le chapitre deuxième et la partie du livre vraiment spéciale à l'économie de l'hôpital Ferreira.

Le chapitre III, en effet, consiste en une étude sur l'aliénation mentale dans la société portugaise. Quoique pouvant, sans doute, être regardée comme un hors-d'œuvre, cette partie de l'ouvrage est par ses côtés anecdotiques on ne peut plus attrayante; à côté de spectacles pénibles, tels que celui des misérables fous vagabonds qui hantent les bas-fonds populaires, la physiologie du prêteur sur gages qui, « avec licence de l'administration civile de Porto », *oblige* les prostituées, à 63 p. 100 d'intérêt, est bien faite pour émerveiller, — même après Gobseck et Shylock!... Un paragraphe sur les préjugés répandus en Portugal au sujet de la folie, — une revue succincte de la législation particulière aux aliénés, sous son triple aspect administratif, civil et criminel, ajoutent encore de l'intérêt à ce chapitre.

Le chapitre IV est consacré aux travaux originaux de MM. Mattos, Urbano, Peixoto et Lemos, médecins traitants de l'asile. Le défaut d'espace nous contraint à passer rapidement sur ces mémoires; ils n'ont d'ailleurs qu'un lien très lâche avec le Rapport qui les précède. L'intérêt n'en est pas moindre, sans doute, et, c'est avec plaisir que nous avons lu les *Notes cliniques* du D^r Mattos sur la paralysie générale et la folie religieuse; l'étude du D^r Urbano intitulée : *Tuberculose et folie*; et celle non moins importante du D^r Peixoto sur l'othématome;

n'oublions pas, enfin, le résumé très attachant des expériences faites sur le chien et le lapin par M. Magalhães Lemos (1), à l'effet de rechercher expérimentalement le mode processionnel des lésions dans la paralysie générale; suit, encore du même auteur, une note sur l'organisation du service médical dans les asiles de Paris et les cours de pathologie mentale qui y sont professés.

Là se termine la partie médicale du rapport présenté par M. le professeur de Senna; nous laisserons de côté la section administrative, peu susceptible d'intéresser les médecins et, d'ailleurs, beaucoup moins détaillée que la première. De celle-ci nous n'avons pu donner que des aperçus très sommaires; elle mériterait mieux, vu son importance et la nature des documents qu'elle contient.

D^r NICOLAU.

Essai sur les mélancoliques anxieux; par le D^r Charles Chastenet, ancien interne des hôpitaux de Bordeaux, ancien interne des asiles de Paris. Rueff et C^{ie} éditeurs. 1890.

Intéressante étude seméiologique sur l'*anxiété*, bien conçue et bien exposée par le D^r Chastenet, sous l'inspiration d'un de ses chefs de service, M. Cullerre. L'auteur y fait preuve d'une véritable habitude de la médecine mentale. Il expose bien ses observations, très simplement, sans se perdre dans des détails minutieux ou étrangers au sujet et qui fatiguent inutilement l'attention. Sa thèse, sans être très volumineuse, renferme un grand nombre de fines analyses cliniques, qui font honneur à l'élève autant qu'au maître.

L'idée fondamentale de ce travail est que la mélancolie anxieuse ne constitue par une entité nosologique particulière. « Il n'y a pas, dit M. Chastenet, une *mélancolie anxieuse*, il y a des *mélancolies anxieuses*, qu'il importe d'étudier séparément, et auxquelles une description commune n'est ni possible ni applicable. »

D'abord, qu'est-ce que l'anxiété? — Inquiétude, anxiété, angoisse, sont trois degrés du même état. L'anxiété est un phénomène pathologique, une souffrance interne *sui generis*, qui se manifeste extérieurement par des signes variables. Cli-

(1) *Annales médico-psychologiques*, 1887, I, 312.

niquement, l'anxiété peut provoquer le délire, elle peut également être produite par lui, enfin elle peut exister sans aucune idée délirante, c'est ce qu'on observe chez les dégénérés héréditaires. Mais si l'anxiété est parfois indépendante de troubles délirants, c'est le contraire qui s'observe le plus souvent, elle peut se manifester dans tous les états mélancoliques possibles.

Pour M. Chastenet, toutes les mélancolies compliquées d'anxiété doivent être divisées en trois groupes. Dans le premier groupe, il place les mélancolies anxieuses simples; dans le second, les mélancolies des gémissieurs panophobes; dans le troisième, les hypocondries anxieuses. — Les anxieux, dont l'affection ne rentre dans aucun de ces trois groupes, sont des obsédés, des émotifs, des impulsifs. Il constituent un quatrième et dernier groupe.

Nous trouvons ici une remarque d'une haute valeur clinique. Les deux premiers groupes correspondent à la mélancolie pure, les deux derniers se rattachent d'une façon plus particulière à la folie héréditaire.

L'auteur décrit ensuite les caractères particuliers de chacun des quatre groupes. Il donne à l'appui de ses descriptions, un certain nombre d'observations, soit inédites, soit prises dans les auteurs, principalement dans Morel. C'est dans ce chapitre qu'on trouve les délicates analyses cliniques auxquelles j'ai fait allusion. On y voit signalées des transformations très intéressantes de délire : un délire mélancolique anxieux devient un délire de négation, un autre se transforme en délire d'énormité, en délire hypocondriaque, ou bien devient délire mégalomaniaque. On sait que les Allemands insistent sur le délire mélancolique des grandeurs.

Il y a d'intéressantes observations de panophobes gémissieurs. L'auteur indique quelques symptômes assez anormaux, tics et autres, et il fait ressortir la relation qui existe entre ces symptômes et l'état de dégénérescence des malades. Il étudie aussi le pronostic de ce genre de mélancolie, lequel dépend moins de la gravité des symptômes que du terrain sur lequel ils se manifestent.

La troisième classe, les hypocondriaques gémissieurs, renferme des malades peut-être moins bien groupés que ceux des deux premières classes. Il y aurait à discuter sur le diagnostic hypocondrie de plusieurs d'entre eux qui me semblent plutôt atteints de délire polymorphe typique; mais il ne faut tenir compte que du phénomène (angoisse, anxiété), qui complique leur état, ainsi

que des modifications et transformations de leurs délires. Aussi bien l'auteur a commencé par établir qu'il n'y a pas une *mélancolie anxieuse*, mais des états psychopathiques compliqués d'anxiété, et les observations des malades de ce groupe ne sont nullement inférieures à celles des malades des autres groupes.

La thèse se termine par la relation de cinq cas d'états anxieux chez des dégénérés héréditaires, présentant en outre quelques-uns des autres syndromes psychiques de dégénérescence.

Telle est l'analyse, ou plutôt tel est l'exposé du plan de cette étude. L'auteur aurait peut-être pu faire un travail plus complet en s'étendant davantage sur le phénomène anxiété considéré en lui-même, et en parlant plus longuement des symptômes psychiques et des signes physiques de ce syndrome. L'anxiété répond à un phénomène physiologique modifié, comme tous les phénomènes pathologiques du reste. — N'y aurait-il pas eu aussi à signaler ce fait que l'état anxieux peut se rencontrer dans toutes les psychopathies, ou à peu près, et particulièrement dans les folies par intoxication, aussi dans la paralysie générale qui débute par un accès de mélancolie? Y a-t-il bien, en réalité, une seule psychopathie qui ne puisse, à un moment donné, se compliquer d'une crise d'angoisse ou d'anxiété? — Mais M. Chastenot n'a voulu faire que la sémiologie de l'anxiété dans les mélancolies et dans l'état mental des dégénérés; il a parfaitement réussi, sa thèse est intéressante et utile.

CAMUSET.

Du sulfonal. Revue générale et observations cliniques; par le Dr Clerval, ancien interne de la maison nationale de Charenton, ancien externe des hôpitaux de Paris. Henri Jouve, éditeur, 1800.

Le sulfonal, dont la découverte est toute récente (1886), a de suite attiré l'attention par ses propriétés hypnotiques. Il a déjà beaucoup été expérimenté en France et à l'étranger, en Allemagne surtout, et particulièrement sur les aliénés; mais les expérimentateurs ne sont cependant pas encore tout à fait d'accord sur ses propriétés thérapeutiques. Vanté par les uns, qui le considèrent comme un hypnotique certain, dont les effets consécutifs ne sont jamais nocifs; décrié par d'autres, qui pré-

tendent que ses effets hypnotiques sont aléatoires et qu'il provoque, au réveil, quand il a amené le sommeil, des troubles divers très pénibles. Il y eut à une séance de la Société médico-psychologique, une discussion curieuse entre deux expérimentateurs, aussi habiles l'un que l'autre, aussi convaincus l'un que l'autre, mais d'opinion diamétralement opposée.

Le D^r Clerval a donc été bien inspiré en choisissant, pour sujet de sa thèse inaugurale, l'étude méthodique de ce médicament nouveau, et il a très heureusement mené sa tâche à bien. Il donne l'exposé de tous les travaux antérieurs à la question, comparant et discutant les divers résultats; il relate les expériences faites sur les animaux, particulièrement les expériences de M. le D^r Gilbert, il relate aussi quelques expériences sur l'homme, dont plusieurs personnelles et faites sur lui-même. Toujours il reste impartial et il sait à la fois éviter un enthousiasme trompeur et un scepticisme impuissant.

Conformément à la méthode suivie dans les études de thérapeutique, M. Clerval commence par décrire les procédés de fabrication et les propriétés chimiques du sulfonal. Puis il expose les expériences faites sur les animaux, cobayes, lapins, chiens, chats. De ces expériences il résulte que cette substance produit toujours sur ces animaux: 1° des troubles de la motilité; une titubation analogue à celle de l'ivresse alcoolique, l'incoordination des mouvements, la résolution et même l'état parétique des membres; 2° des troubles de la sensibilité: de l'hyperesthésie, une exagération de la réflectivité cutanée; 3° le sommeil, depuis la somnolence légère jusqu'à un sommeil profond de plusieurs heures, selon les doses employées; 4° souvent enfin du myosis.

Viennent ensuite des expériences faites sur l'homme, qui font voir, qu'à la dose de 2 grammes, l'effet du sulfonal se produit après un laps de temps qui varie d'une demi-heure à deux heures; que ce médicament est plus actif le soir que le matin; qu'il amène un sommeil tranquille et réellement réparateur; que certains sujets robustes ont besoin d'une dose plus élevée pour éprouver des effets, 3 à 5 grammes; qu'à partir de 5 grammes il devient dangereux, et qu'on ne l'a, par conséquent, pas expérimenté au-dessus de cette dose. Cependant il est arrivé que des malades, par imprudence ou par erreur, ont absorbé une dose de sulfonal supérieure à 5 grammes, ils ont éprouvé de l'embarras de la parole et la perte de la conscience; au réveil, il y avait de la céphalalgie.

Puis l'auteur analyse l'action du médicament, c'est-à-dire qu'il indique son action, successivement, sur le système neuromusculaire, sur le cœur, sur la respiration, sur la température, sur la digestion, sur les sécrétions. On voit qu'aux doses habituelles il est absolument sans action sur la circulation, et que ni la pression sanguine ni l'état du pouls ne sont modifiés, ce qui sous ce rapport lui donne un avantage sérieux sur les opiacés, sur le chloral et même sur les bromures. A dose non toxique, il ne modifie pas non plus la température; mais à dose toxique, il produit d'abord une élévation, puis ensuite une diminution de la température. Sa seule action sur le sang serait une légère augmentation de l'oxyhémoglobine.

En traversant l'organisme, il est, paraît-il, complètement transformé et il ne s'accumule nulle part.

Un grand avantage, si la chose est bien exacte, c'est qu'il n'amène pas l'accoutumance. On sait combien les aliénés s'accoutument facilement aux hypnotisants.

Passant aux indications thérapeutiques, l'auteur, après avoir donné les opinions de divers cliniciens et dit que le médicament, après avoir été essayé comme analgésique, n'est utile que comme hypnotique, en détermine ainsi l'emploi : Le sulfonal réussit surtout dans l'insomnie des aliénés, des vieillards, dans les insomnies nerveuses non causées par la douleur. « Dans ces cas, on ne lui demande que ce qu'il est capable de donner, et rien de plus. On ne doit pas oublier qu'il produit parfois des hallucinations et qu'il faut être très prudent dans son emploi. »

Enfin la thèse se termine par une série d'observations personnelles prises dans différents services.

Comme on le voit donc, M. le D^r Clerval ne se laisse aller à aucune illusion, il ne dit pas que le sulfonal est un hypnotique supérieur à tous les autres, il dit seulement que, dans certains cas déterminés, il est capable de rendre de meilleurs services que les autres, et que ses inconvénients sont à peu près nuls. Cette conclusion est très sage, la découverte du sulfonal a simplement enrichi la thérapeutique d'un agent hypnotique préférable, dans certaines circonstances, aux agents analogues.

CAMUSSET.

Early diagnosis of some serious diseases of the nervous system : its importance and feasibility (Du diagnostic précoce de quelques graves maladies du système nerveux : son importance et sa possibilité); par E.-C. SEGGIN, M. D., 1891.

Le Dr Seguin consacre cette conférence à démontrer la nécessité d'un diagnostic précoce dans les affections nerveuses. Comme les plus graves d'entre elles ne peuvent être modifiées par le traitement qu'à la condition d'être prises dès le début, tout médecin qui ne cherche pas à arriver rapidement à un diagnostic positif manque à sa mission.

La période pré-ataxique du tabès est souvent méconnue. On prend pour de vagues douleurs névralgiques les douleurs fulgurantes qui, à elles seules, justifient cependant un diagnostic de probabilité en faveur de la sclérose des cordons postérieurs de la moelle. Si aux douleurs fulgurantes s'ajoute de la diplopie, le signe d'Argyll-Robertson et l'absence du réflexe rotulien, aucune hésitation n'est possible.

Les symptômes précurseurs de la démence paralytique, forme passive de la paralysie générale, sont, par ordre d'importance : des modifications du caractère et des sentiments moraux (oubli des convenances, penchants libidineux surexcités, excès alcooliques); l'affaiblissement de la puissance intellectuelle et de la mémoire; les désordres moteurs bien connus, dont l'auteur donne une description minutieuse; les troubles pupillaires; un air d'hébétément particulier; un optimisme ridicule et enfin le plus souvent l'exagération des réflexes tendineux.

Les tumeurs cérébrales donnent lieu à une symptomatologie excessivement variable; malheureusement, il n'existe pas de symptôme pathognomonique; le symptôme le plus important, à la condition de n'être pas isolé, est l'épilepsie partielle (spasme jacksonien).

Les maladies vertébrales (arthrites, caries, cancers) du commencement à la fin se révèlent par des symptômes nerveux : au début, névralgies rebelles; à la fin, paraplégies. Le siège de la lésion assigne à ces symptômes leur place et leur physionomie.

De fréquentes erreurs ont lieu en ce qui concerne l'épilepsie : on peut méconnaître la signification, soit d'une première attaque de grand mal, soit d'une crise de petit mal. On ne doit pas oublier que l'attaque épileptiforme ou éclamptique ne se produit que chez des adultes (urémie, syphilis). Quant aux convulsions de l'enfance, il est parfois difficile de les distinguer de l'épilepsie

véritable; mais passé l'âge de trois ans, on devra penser exclusivement à cette dernière.

Enfin, l'auteur, en terminant, dit ce qu'il pense du mariage des épileptiques. Pour lui, il autorise le mariage d'une femme épileptique, si elle n'offre aucune dégénérescence accentuée, ou n'est pas issue d'une souche dégénérée, si les attaques cèdent au traitement et enfin si le mari est sain, exempt de tare nerveuse. D'après son expérience, la descendance pourra, dans ces conditions, échapper à l'hérédité morbide. Pour les épileptiques hommes, il est plus circonspect, mais surtout à cause du rôle du mari dans le ménage. Il autorise néanmoins le mariage des hommes épileptiques en l'absence de tout signe de dégénérescence avancée et si les attaques ont disparu sous l'influence du traitement; à la condition toutefois que la fiancée soit prévenue du retour possible des attaques.

A. CULLERRE.

An analysis of the ocular symptoms found in the third stage of general paralysis of the insane (Analyse des symptômes oculaires qu'on trouve dans la troisième période de la paralysie générale des aliénés); par A. OLIVIER, M. D., 1890.

Voici le résumé de ce court mémoire :

Les symptômes oculo-moteurs de la troisième période de la paralysie générale consistent : 1° dans la perte ou l'affaiblissement, à des degrés variables quoique bien marqués, du pouvoir de contraction de l'iris sous l'influence de la lumière, des efforts d'accommodation et de convergence; 2° dans la diminution de tonicité du muscle ciliaire; 3° dans l'affaiblissement et la maladresse des muscles qui font mouvoir le globe oculaire.

Les symptômes sensoriels résultent d'un état semi-atrophique du nerf optique et d'une réduction marquée de la circulation du même nerf et de la rétine, entraînant un affaiblissement de la vision en ce qui concerne la forme des objets et des couleurs.

Ce sont, en somme, les mêmes symptômes qu'à la deuxième période, mais plus graves et en rapport avec la désintégration progressive des centres nerveux.

A. CULLERRE.

Homonymous hemiopic hallucinations (*Hallucinations hémipiques homonymes*) ; par le D^r F. PETERSON, chef de clinique. (Extrait de *the New York medical Journal*, 30 août 1890.)

Observation dont voici le résumé : K..., vingt ans, présentant des signes de dégénérescence, se plaint de persécutions de la part de personnes inconnues, au nombre de trois, agissant sur lui par l'électricité, le magnétisme et la téléphonie. Hallucinations de l'ouïe par l'oreille droite seulement ; illusions du goût et de l'odorat. Hallucinations de la vue limitées à la partie droite du champ visuel de chaque œil. Il voit des squelettes et différents individus se mouvant tous vers à sa droite et le phénomène est le même après la fermeture de l'un ou de l'autre œil. S'il dirige son regard dans la direction de l'apparition, elle se déplace encore plus vers la droite.

Ce cas est intéressant en ce qu'il montre bien, d'après l'auteur, l'origine centrale, corticale de l'hallucination visuelle. Il s'agit évidemment de l'irritation du centre visuel du lobe occipital gauche.

A. CULLERRE.

Dislocation of cervical vertebrae without fatal results (*Luxations de vertèbres cervicales non suivies de mort*) ; par L.-G. WALTON, chargé de l'enseignement des maladies nerveuses à l'Université de Harvard. Boston, 1890.

L'auteur a publié en 1889, cinq cas de luxations cervico-vertébrales terminées par la guérison. Il en présente trois nouveaux cas à la Société de médecine de Boston. Il s'agit de luxations unilatérales, les bilatérales provoquant la compression de la moelle et des accidents redoutables. Ces lésions traumatiques ne sont pas toujours reconnues. Ces éléments du diagnostic sont : chute préalable, suivie parfois de paralysies éphémères des jambes ou des bras avec ou sans rétention d'urine. Absence de mobilité dans la région cervicale, la tête étant dans la position du torticolis, avec cette différence que le muscle cléido-mastoïdien est en état de relâchement au lieu d'être contracturé. Mouvements du cou gênés et douloureux, douleur à la pression au siège de la lésion ; parfois on peut

constater la saillie de l'apophyse transverse d'un côté. Suit la relation des trois cas cliniques.

A. COLLIERE.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— Ueber die drei Wege des Denkens (Les trois routes de la pensée); par le D^r J. Paul. Broch. in-8° de 54 pages. Leipzig, Otto Wigand, 1891.

— Hygiène des gens nerveux, précédée de notions générales et observations sur la structure, les fonctions et les maladies du système nerveux; par le D^r F. Levillain. 1 vol. in-18 de 308 pages avec gravures dans le texte. Paris, Félix Alcan, 1891.

— Fifth annual report of the ophthalmological department of the state Hospital at Nowistown, P. A., for the year 1890 (Cinquième rapport annuel du département ophthalmologique de l'hôpital d'État de Nowistown, pour l'année 1890); par le D^r Ch. Oliver. Broch. in-8° de 9 pages, 1890.

— Du bain prolongé. Note sur un cas de phosphaturie chez un névropathe arthritique; par le D^r Gaston Morice. Broch. in-8° de 18 pages. Extrait des *Annales de la Société d'hydrologie médicale*. Paris, 1889.

— Psychological medicine in John Hunter's time, and the progress it has since made. Being the oration for 1891, delivered before the Hunterian Society (La médecine psychologique à l'époque de John Hunter et les progrès qu'elle a faits depuis. Discours pour l'année 1891, prononcé devant la Société Hunterienne); par le D^r Fletcher Beach, medical superintendent de l'asile Darenth. 1 vol. in-18 de 95 pages, cart. à l'angl. Londres, Baillière, Tindall et Cox, 1891.

— Histoire des doctrines de psychologie physiologique contemporaines. Les fonctions du cerveau. Doctrines de l'École de Strasbourg et de l'École italienne; par Jules Soury, maître de conférences de l'École pratique des Hautes-Études. 1 vol. in-8° de 464 pages. Paris, publications du *Progrès médical*, 1891.

— Oeffentliche Nervenheilstalten? (Maison de santé publique pour les maladies nerveuses?); par le D^r Th. Benda. Broch. in-8° de 20 pages. Berlin, Aug. Hirschwald, 1891.

— Des réformes à introduire dans la loi de juin 1838 et dans l'organisation des asiles d'aliénés; par le D^r H. Dagonet. Broch. in-8° de 31 pages. Paris, Lecrosnier et Babé, 1891.

— Verslag omtrent der toestand van het geneeskundig gesticht vor Krankzinnigen te Dordrecht over het jaar 1890 (Rapport sur l'état de l'établissement d'aliénés de Dordrecht,

pour l'année 1890); par le D^r Cowan. Broch. in-8° de 92 pages. Dordrecht, A. Blussé van Oud-Alblas, 1891.

— Le cervelet et ses fonctions; par le D^r Frédéric Courmont. 1 vol. in-8° de 600 pages. Paris, Félix Alcan 1891.

— Les indications de Challes. Aphonies et enrôlements; par le D^r Paul Raugé. Broch. in-8° de 105 pages. Chambéry, 1891.

— Etude médico-légale sur la simulation des maladies mentales; par le D^r A. Froment, médecin inspecteur du service des aliénés de la Somme. Broch. in-8° de 99 pages. Paris, G. Masson, 1891.

— Eight report of the Committee Lunacy of the Board of public Charities of the Commonwealth of Pennsylvania. September 30. 1890 (Huitième rapport de la Commission des aliénés du comité d'assistance publique de l'Etat de Pensylvanie, 30 septembre 1890). 1 vol in-8° de 163 pages. Harrisbourg, 1891.

— L'anthropologie criminelle; par le D^r X. Francotte, professeur à l'Université de Liège. 1 vol. in-16 de 363 pages avec fig., de la *Bibliothèque scientifique contemporaine*. Paris, J.-B. Baillière, 1891.

— Etude clinique des néologismes en médecine mentale; par le D^r Ch. Lefèvre, interne en médecine des asiles de la Seine. Broch. in-8° de 71 pages. Thèse de Paris, 1891.

— Discours prononcés aux funérailles du D^r J. Baillarger le 4 janvier 1891, avec une table chronologique de ses travaux par le D^r A. Dureau. Broch. in-8° de 51 pages avec portrait. Paris, 1871. Typ. G. Née.

— Asile d'aliénés de Clermont (Oise). Rapport médical sur le service de la division des hommes pour l'année 1889; par le D^r L. Martinenq. Broch. in-8° de 15 pages. Clermont, 1890.

— Contributo all' azione de bromuro di potassio nella cura dell' epilepsia (Contribution à l'action du bromure de potassium dans le traitement de l'épilepsie); par le D^r Cesar Agostini, médecin assistant du manicomio de Péronne. Broch. in-8° de 12 pages. Extrait de la *Rivista sperimentale di freniatria*, 1891.

— La surveillance des aliénés mis en liberté avant guérison et le meurtre de Ruffey-lès-Beaune; par le D^r Samuel Garnier, directeur-médecin de l'asile de Dijon. Broch. in-8° de 22 pages. Extrait de la *Revue bourguignonne de l'enseignement supérieur*, Dijon 1891.

— Mon village. Poésies; par J.-P. Falret. 1 vol. in-18 de 62 pages avec portrait, Paris, J.-B. Baillière et fils, 1891.

— Note sur les attaques de tremblement chez les épileptiques; par le D^r Ch. Féré. Broch. in-8° de 10 pages. Extrait de la *Revue de médecine*, 1891.

— La descendance des alcooliques; par Paul Ladame. Broch. in-16 de 32 pages. Lausanne, 1891.

— Asile de Saint-Yon. Rapport médical pour l'année 1890; par les D^{rs} Giraud et Nicoulau. Broch. in-8° de 24 pages. Rouen, 1891.

— Verslag betreffende het Gesticht Meerenberg over het jaar 1890, ingesonden aan de Commissie van Toezicht over genoemend Gesticht (Rapport sur l'asile de Meerenberg pour l'année 1890, adressé à la commission de cet établissement); par le D^r C.-J. van Persijn, médecin-directeur. Broch. in-8° de 118 pages. Haarlem, 1891.

— Modifications de la glande thyroïde pouvant s'observer chez les idiots; par le D^r Mordret, médecin en chef de l'asile du Mans. Broch. in-8° de 29 pages. Rouen, s. d.

— Congrès des médecins aliénistes de France et des pays de langue française. Rapports sur les questions du programme; par les D^{rs} Rousset, Coutagne et Lacour. Broch. in-8° de 95 pages. Lyon, A. Storck, 1891.

— Asile d'aliénés de Clermont (Oise). Rapport sur le service médical de la division des hommes pour l'année 1890; par le D^r L. Martinenq. Broch. in-8° de 25 pages. Clermont, 1891.

— Contribution à l'étude des anomalies de la voûte palatine dans leurs rapports avec la dégénérescence; par le D^r René Charon, interne des asiles d'aliénés. Thèse de Paris, 1891.

— Verslag omtrent het geneeskundig gesticht voor Krankzinnigen te Utrecht over het jaar 1890 (Rapport sur le service médical de l'asile d'aliénés d'Utrecht pour l'année 1890); par le D^r Th. Moll, médecin-directeur. Broch. in-8° de 99 pages. Utrecht, 1891.

— Etude clinique sur la mélancolie sénile chez la femme; par le D^r Edouard Toulouse, interne des asiles de la Seine. Thèse de Paris, 1891.

— Du mode de nomination des médecins-adjoints des asiles publics d'aliénés; par le D^r Daniel Brunet. Broch. in-8° de 5 pages. Extrait du compte rendu du Congrès de médecine mentale. Rouen, 1890.

— De la responsabilité légale et de la séquestration des aliénés persécuteurs. Communication présentée au Congrès de médecine mentale de Lyon (séance du 3 août 1891); par le D^r Charpentier, médecin de Bicêtre. Broch. in-8° de 16 pages. Paris, imprimerie F. Levé, 1891.

— The pathology, diagnosis and treatment of intra-cranial growths (Pathologie, diagnostic et traitement des tumeurs intra-cérébrales); par le D^r Philip Coombs Knapp, 1 vol. in-8° de 165 pages, cart. à l'anglaise. Boston, 1891.

— Contribution à l'étude de l'hémiplégie spasmodique infantile; par le D^r Alphonse Retrouvey. Thèse de Paris, 1891.

— Psychiatrische Vorlesungen (Leçons de psychiatrie); par V. Magnan. Traduit en allemand par P.-J. Möbius. 1^{er} fas-

ciule. Broch. in-8° de 63 pages. Leipzig, G. Thieme, 1891.

— Sulla dismorfofobia et sulla tafefobia. Due forme non peranco descritte di pazzia del dubbio (paranoia rudimentaria). Nota clinica (Note clinique sur la crainte de devenir difforme et la peur d'être enterré vivant. Deux formes non encore décrites de folie de doute ou paranoia rudimentaire); par le professeur Enrico Morselli. Broch. in-8° de 14 pages. Extrait du *Bolletino della R. Accademia di Genova*, 1891.

— Des aliénés criminels; par le D^r Camille Allaman. Broch. in-8° de 189 pages. Thèse de Paris, 1891.

— La dermatographie, son rôle dans l'histoire, le mécanisme de sa production; par le D^r Guimbail. Broch. in-8° de 16 pages. Extrait des *Annales de psychiatrie et d'hypnologie*, juin et août 1891.

— Neurasthénie et goutte hypozoturiques. Leur traitement par les eaux d'Evian; par le D^r Chiaïs. Broch. in-8° de 35 pages. Paris, G. Masson, 1891.

— Spasmodic wry-neck and other spasmodic movements of the head, face and neck (Torticolis spasmodique et autres mouvements spasmodiques de la tête, de la face et du cou); par le D^r Noble Smith, chirurgien du Saints' Children's Hospital. Broch. in-8 de 55 pages. Londres, Smith, Edler et C^{ie}, 1891.

— Contribucion al estudo de las enfermedades mentales en Chile. Movimiento de poblacion de la casa de Orates de Santiago en 1890. Trabajo presentado a la Junta directiva del establecimiento (Contribution à l'étude des maladies mentales au Chili. Mouvement de la population de l'asile de Orates de Santiago en 1890. Rapport présenté à la Junta directrice de l'établissement); par le D^r Beca, médecin résident et titulaire du Manicome. Broch. in-8 de 51 pages. Santiago de Chili, Imprimerie nationale, 1891.

— Thirty-third Annual Report of the general Board of Commissioners in Lunacy for Scotland. (Trente-troisième rapport annuel du Conseil général des « Commissioners in Lunacy » de l'Ecosse.) 1 vol. in-8° de 117 pages. Edimbourg, 1891.

— Eloge de Achille Foville, lu à la séance publique annuelle de la Société médico-psychologique du 27 avril 1891; par le D^r Ant. Ritti, secrétaire général de la Société. Broch. in-8° de 48 pages. Paris, G. Masson, 1891.

— Asile public d'aliénés d'Evreux. Rapport présenté au Conseil général de l'Eure (session d'août 1891), par le D^r Daniel Brunet. Brochure in-8° de 57 pages. Evreux 1891.

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS

— *Arrêté du 27 septembre 1891* : M. BLIN, médecin-adjoint de l'asile d'Evreux, est nommé médecin-adjoint de Vaucluse (Seine-et-Oise), et est maintenu à la deuxième classe de son grade (2,500 fr.).

— *Arrêté du 13 octobre 1891* : M. MARIE, médecin-adjoint de l'asile de La Roche-Gandon (Mayenne), est nommé médecin-adjoint de l'asile d'Evreux, et est maintenu à la deuxième classe de son grade (2,500 fr.).

NÉUROLOGIE

LAURENT MONNIER. — On lit dans le *Temps* (numéro du mardi 13 octobre 1891) :

« Hier est mort à Genève, dans les plus douloureuses circonstances, un jeune médecin de rare intelligence et de grand avenir.

Laurent Monnier, âgé de vingt-quatre ans, fils de Marc Monnier, le littérateur bien connu en France, était interne à la maison des aliénés; appelé à donner des soins à une malheureuse femme atteinte de diphtérie, il contracta bientôt à son chevet le germe de l'horrible mal, dont il ressentit les premiers symptômes le 6 octobre.

Ne se faisant aucune illusion sur la gravité de son état, avec une énergie sereine, un stoïcisme admirable qui ne l'ont point abandonné, il ne voulut point rentrer dans la maison maternelle et se fit conduire à l'hôpital.

C'est là qu'il a succombé en trois jours, malgré les soins empressés de ses amis et collègues.

Cette mort si rapide et cruelle, cause à Genève la plus pénible émotion.

Les obsèques de M. Laurent Monnier ont eu lieu au milieu d'un immense concours de population. »

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. MIREPOIX, directeur de l'asile de Mareville, décédé le 24 septembre dernier, à l'âge de soixante ans, à la suite d'une courte maladie.

LE SUICIDE DANS LES ARMÉES EUROPÉENNES

M. R. Longuet, médecin militaire délégué par le ministère de la guerre au Congrès international d'hygiène et de démographie, a communiqué à cette assemblée une intéressante étude statistique sur le suicide dans les armées européennes, étude dont voici les principales conclusions :

Fréquence du suicide dans les armées européennes. — L'armée autrichienne vient en tête, avec 122 suicides pour 100,000 hommes d'effectif, de 1875 à 1887. Le maximum a été observé en 1889 avec 149 pour 100,000; le minimum en 1878, avec 97. Il faudrait ajouter à cette proportion de 122 pour 100,000, pour être complet, une moyenne de 40 pour 100,000 de tentatives de suicide n'ayant pas abouti. Le suicide est en augmentation sensible dans cette armée : de 1870 à 1874, 89 pour 100,000; de 1875 à 1880, 112; de 1881 à 1887, 131.

Les suicides représentent le cinquième de la mortalité générale de l'armée autrichienne; il n'est pas d'affection qui y soit plus meurtrière; la fièvre typhoïde, la pneumonie et, dans certaines années, la tuberculose, y causent un chiffre de décès moindre.

Vient ensuite l'armée allemande : 67 pour 100,000 de 1878 à 1888.

On en avait compté 61 de 1873 à 1878; 57 de 1867 à 1875.

D'anciennes statistiques attribuent à l'armée prussienne 50 suicides pour 100,000 de 1829 à 1838; à l'armée saxonne, 64, de 1847 à 1858.

On compte, en outre, dans l'armée allemande, 10 tentatives de suicide pour 100,000.

Armée italienne : 40 suicides pour 100,000 de 1874 à 1889.

Contrairement à ce qui a été avancé, la mortalité suicide de l'armée italienne est à peu près stationnaire.

Armée française (intérieur) : 29 suicides pour 100,000 de 1872 à 1889.

De 1862 à 1869, on en comptait 47 pour 100,000. Cette diminution, qui correspond aux conditions nouvelles du recrutement, est considérable. En Algérie, l'armée française compte deux fois plus de suicides qu'à l'intérieur, 63 pour 100,000 de 1872 à 1879.

Armée belge : 24 suicides pour 100,000 de 1875 à 1888.

Armée anglaise (garnisons de l'intérieur) : 23 pour 100,000 de 1882 à 1888.

Aux Indes, le commandement du Bengale a présenté pendant la même période une mortalité-suicide double, 48 pour 100,000.

Armée russe : 20 suicides pour 100,000 de 1873 à 1889 (1876-1878 inclus), avec maximum en 1881 (31) et minimum en 1887 (15,7).

Armée espagnole : 13 suicides pour 100,000 en 1886.

Conditions de service; âge, grade, arme. — Dans les anciennes armées recrutées surtout par l'enrôlement, c'étaient les anciens soldats qui se suicidaient le plus.

Il en est encore actuellement ainsi dans l'armée anglaise. En France, en Italie, en Allemagne, en Autriche, ce sont aujourd'hui les jeunes soldats qui se suicident le plus; en Autriche, il y a pour ainsi dire une proportion massive de suicides de jeunes soldats suicidés dans le premier mois de service.

Les sous-officiers présentent trois fois plus de suicides que la troupe; les officiers (âge moyen beaucoup plus élevé), deux fois plus.

C'est dans le génie que les suicides sont généralement le moins fréquents, dans la cavalerie et le train qu'ils le sont le plus.

Les condamnés militaires, dans les prisons et les établissements pénitenciers, se suicident rarement. Il y a, au contraire, de fréquents suicides chez les prévenus, dans les prisons des corps.

Mode de suicide. — C'est le *coup de feu* qui est de beaucoup le plus fréquent; il compte pour la moitié et même pour les trois quarts (Autriche) de la totalité des attentats. C'est une proportion quatre fois plus grande que celle offerte par la population civile. La *pendaison* et la *submersion* sont les deux autres modes les plus fréquents. Il faut noter, pour l'armée anglaise, la grande fréquence du suicide par le *art throat* (gorge coupée), suicide inconnu pour ainsi dire dans l'armée française, mais qu'on retrouve aussi dans l'armée allemande.

C'est dans l'infanterie que l'usage de l'arme à feu est le plus fréquent; dans les armes montées on recourt, le plus souvent, à la pendaison (avec les cordes à fourrage, la bride, etc.); dans les prisons, la pendaison est le mode presque exclusif.

Il s'agit presque toujours de coups de feu à la tête. Les tirailleurs indigènes d'Algérie font exception; chez eux, c'est presque toujours le tronc qui est atteint, l'abdomen ou la poitrine, parfois même le cou, l'épaule, un membre. (Une idée infamante s'attache, chez l'Arabe, aux mutilations de la tête.)

Les saisons jouent leur influence sur le mode de suicide; en été, les suicides ont surtout lieu par submersion.

Causes du suicide. — Dans l'armée autrichienne, le tiers des suicides est attribué à la répulsion du métier militaire; ce mobile agit avec une bien moindre fréquence dans les autres armées. La crainte d'une punition intervient pour 1/3 en Autriche et en Allemagne, pour 1/5 en France, pour 1/7 en Italie. Le

suicide passionnel est beaucoup plus fréquent en France (1/5) et en Italie (1/7) qu'en Autriche et en Allemagne. Les affections mentales représentent de 1/5 à 1/12 de l'ensemble.

Influence des saisons. — L'aggravation du suicide pendant la saison chaude est aussi manifeste pour l'armée que pour la population. Le maximum de la mortalité-suicide correspond à l'été, le minimum à l'hiver. La courbe du suicide a presque la régularité de celle d'une maladie saisonnière.

LA SORCELLERIE EN ITALIE

Le *Secolo* nous a conté récemment, avec une abondance de détails précis qui ne laisse guère de place au doute, une histoire typique de mœurs populaires.

C'est à se demander si nous rêvons ou si nous sommes encore en plein moyen âge, dit le grand journal lombard. Voici ce qui s'est passé à Milan. Au n° 61 de la via Ripa Porta Ticinese habite, dans une modeste chambre du quatrième étage, un ouvrier vernisseur, Malaterra Franciosi, avec sa famille, composée de sa femme Virginia et de deux enfants, dont l'un souffre, depuis quatre ou cinq semaines, d'un mal étrange et rebelle. Une voisine, qui se pique de connaissances médicales, déclara que l'enfant était ensorcelé, qu'il ne servirait de rien de consulter les médecins ou les prêtres, et que le seul moyen de le guérir serait de découvrir la sorcière qui lui avait jeté un sort : sur quoi, la cure ne pouvait manquer d'être immédiate. Naturellement, on supplia à deux genoux la digne voisine d'indiquer les moyens qui conduiraient à un résultat si désirable. Après s'être beaucoup fait prier, elle voulut bien déclarer, sous le sceau du secret, qu'il suffisait de prendre les vêtements du petit, de les tremper dans une marmite et de les mettre à bouillir ; au moment même de l'ébullition, la sorcière devait être obligée, par l'irrésistible puissance du diable, de se montrer et, par conséquent, de se faire connaître.

La marmite fut mise sur le feu et les Franciosi d'attendre avec impatience ce qui arriverait.

Comme l'eau commençait à bouillir, le hasard voulut qu'une certaine Angela Micheletti, âgée de trente-quatre ans, femme d'un terrassier, enceinte de sept mois et vivant au n° 11 de la via Tortona, se présentât chez les Franciosi. Elle passait par là pour apporter une paire de souliers à ressemeler chez le savetier et, depuis longtemps liée avec ces bonnes gens, elle venait prendre des nouvelles de l'enfant malade.

A peine eut-elle paru, que la femme Franciosi se mit à crier :

— C'est la sorcière !... Arrêtez-la !...

La femme Micheletti, pensant que son amie avait perdu la tête, s'efforça de la calmer ; mais l'autre, écumant de rage, criait de plus en plus fort :

— Au secours !... C'est la sorcière !...

En quelques minutes, tout le quartier s'était ameuté autour de la femme Micheletti et menaçait de la mettre en pièces. Elle de fuir, suivie de la meute enragée qui criait :

— Arrêtez la sorcière !

Plus morte que vive, la pauvre femme finit par se réfugier dans l'église de Santa Maria del Naviglio, toujours suivie de la foule hurlante. Elle se jeta au grand autel, accroupie et suppliante, les mains levées, demandant qu'on lui fit grâce. Ce fut en vain. Les mégères lui arrachèrent les cheveux, la battirent comme plâtre et allaient probablement l'achever, quand le curé, accouru au bruit, essaya de s'interposer. Il ne réussit qu'à se faire assommer et fouler aux pieds. Puis, les justiciers improvisés décidèrent de ramener leur victime à la demeure des Franciosi et de l'obliger à remonter au quatrième étage. Vainement l'infortunée protestait de son innocence ; il fallut marcher, sous une tempête d'outrages et de coups. Enfin l'inspecteur Omodei, avec l'aide de plusieurs gardes, parvint à disperser la foule et à faire entendre raison à la Franciosi, qui comprenant enfin son impardonnable folie, se jeta alors aux pieds de son amie, la suppliant de ne pas lui en vouloir et protestant qu'on avait abusé de son amour maternel pour lui faire perdre la tête.

La pauvre femme, placée dans un fiacre, put enfin être ramenée au logis et mise au lit par les soins de son mari et de la police. On espère la sauver, eu dépit des sévices graves qu'elle a subis, et d'un tremblement nerveux qui ne la quitte plus.

Quant aux femmes qui avaient arraché des cheveux à la femme Micheletti, elles s'étaient déjà empressées d'aller les brûler en proférant certaines incantations à elles connues, puis de courir chez les Franciosi pour voir si l'enfant n'était pas guéri. Et comme il était déjà mieux portant à leur estime, elles ne manquaient pas de dire :

— Voyez s'il n'est pas ensorcelé !

Il paraît que le rite des vêtements bouillis est fort répandu en pareilles circonstances. C'est une cérémonie mystique considérée comme à peu près infaillible, si l'on n'oublie pas de mettre les bas et les souliers dans la marmite. Mais il est bon, quand l'eau commence à frémir, d'aiguiser le couteau de cuisine sur le bord d'une table en chantant : *Non infilo quel coltello...* « Je n'aiguise pas le couteau, j'appelle la sorcière maudite, pour qu'elle ne puisse s'empêcher de venir et de rendre la santé à mon enfant. » Sur quoi, la sorcière ne manque guère d'apparaître, soit à la fenêtre, soit sur le seuil de la porte, ordinairement sous la forme d'un chat, d'un chien ou d'un spectre. Il n'y

a rien à craindre, car ce sont des apparences mensongères : il suffit de continuer à aiguiser le couteau et d'ordonner à la sorcière de retirer la maladie du corps de l'enfant ; elle est obligée d'obéir, pour peu qu'on ait entretenu l'ébullition de l'eau jusqu'à trois heures du matin. (Le *Temps*, numéro du jeudi 10 septembre 1891.)

LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ

Un fils qui tue sa mère. — Un drame atroce s'est accompli lundi matin vers six heures, au deuxième étage d'une maison de la rue du Mûrier, à Niort. Un jeune homme de dix-neuf ans, nommé Henri Brunet, élève de l'Ecole des Beaux-Arts de Paris, qui donnait les plus brillantes espérances, est subitement devenu fou furieux et a tué sa mère qu'il adorait.

Il y a quelques jours, raconte le *Mémorial des Deux-Sèvres*, à la suite d'une promenade aux environs d'Aiffres, pour assister aux opérations des grandes manœuvres, un assez grave changement s'opéra dans l'état moral de l'artiste. Il était devenu très nerveux, se plaignait à tout moment qu'il n'eût pas d'amis et fût incompris du public et alla même jusqu'à douter de son propre talent. Il refusa la commande d'un portrait qu'on était venu lui faire. Henri Brunet, qui avait diné dimanche chez des amis, dut passer une nuit agitée, car, dès six heures du matin, le lundi, sa mère était occupée à lui préparer une infusion de tilleul lorsque celui-ci, sortant de son lit, se précipita sur elle et la terrassa. L'infortuné était subitement devenu fou furieux.

La lutte fut terrible, inhumaine. Tandis que la pauvre femme se débattait en appelant au secours, le fou, la saisissant par les épaules, lui brisa le crâne sur le plancher. Puis, sourd aux gémissements de sa mère, aveuglé par l'aspect du sang qui formait déjà une large mare au milieu de la chambre, il traîna le corps sur un balcon donnant dans une cour intérieure.

La victime n'était pas morte. Il y eut une lutte suprême dans laquelle la femme, mortellement atteinte, devait succomber. Le fils se baissa, souleva le fardeau humain et, le hissant par-dessus la balustrade en fer, le précipita du deuxième étage sur le pavé de la cour.

« Mon Dieu, ayez pitié de moi ! » gémit la pauvre mère au moment où elle tombait dans le vide.

Le corps tomba sur la tête, replié sur lui-même et, comme il remuait encore, Brunet saisit des pots de fleurs qui se trouvaient sur le balcon et les lança sur sa mère. Il descendit ensuite, acheva sa victime et sortit en chemise dans la rue, en criant : « Je viens de tuer ma mère ; qu'on me tue ! » Ce fut la seule lueur de raison qui passa dans le cerveau du pauvre possédé.

On l'arrêta et on l'emmena au commissariat de police, où les magistrats ne trouvèrent plus qu'un homme en proie à un délire affreux et dont il fut impossible de tirer une seule parole.

Transporté d'urgence à l'hospice, Brunet n'y a pas encore recouvré la raison, et il est probable, peut-être même désirable, que la nuit enveloppe pour toujours l'intelligence du parricide inconscient. (*L'Estafette*, numéro du jeudi, 10 septembre 1891.)

Assassinat d'un jeune poète grec par un persécuté. — Le correspondant du *Temps* à Athènes signale ce fait, ainsi qu'il suit, dans sa lettre en date du 26 septembre et publiée dans le numéro du jeudi 1^{er} octobre 1891 : « Je ne puis passer sous silence la fin tragique d'un jeune poète, M. Kokos, appelé le poète du rire, tué, pour ainsi dire, en plein triomphe, au sortir d'un théâtre d'été, au moment où le public athénien venait d'applaudir son dernier ouvrage, un vaudeville intitulé : *la Lyre du vieux Nicolas*. Ses amis faisaient à lui et à sa femme qui l'avait accompagné au théâtre, un bout de conduite. Ils étaient arrivés devant l'hôtel du ministère des finances, lorsqu'un coup de feu suivi d'un cri déchirant et des sanglots d'une femme, attira l'attention des promeneurs, encore nombreux à cette heure (un peu plus de minuit), de la rue du Stade. L'infortuné Kokos, que ses amis empêchèrent de rouler sur le pavé, venait de crier qu'on l'avait tué et sa femme, à ce cri, fondit en sanglots. Un moment après, et à une légère distance, on entendait retentir un autre coup de feu. C'était le meurtrier qui venait de se faire justice en se brûlant la cervelle.

« Le meurtrier était un sous-officier atteint du délire de la persécution et qu'on avait eu certainement tort de ne pas enfermer, cette espèce de folie étant la plus dangereuse de toutes. Mais la victime était un poète d'avenir, un poète qui avait déjà fait ses preuves et dont la verve railleuse, frisant de près la satire, commençait à faire les délices du peuple, de certains salons et du public éclairé d'Athènes et des pays de langue grecque. Aussi sa perte a-t-elle causé, sans exagération aucune, d'unanimes regrets. On peut, si l'on avait des doutes à ce sujet, s'en convaincre à la profusion des couronnes déposées sur son cercueil, à la foule qui suivait son convoi, au langage des journaux qui ont donné, pendant les trois jours qu'a duré son agonie, de ses nouvelles comme s'il s'agissait d'un des principaux personnages de la capitale. »

Perpignan le 8 octobre. — Un nommé Combacal, habitant Perpignan, donnait depuis quelque temps des signes d'aliénation mentale. Dans la soirée, il se rendit à Salses, puis, ayant quitté ses habits, il se mit à parcourir en chemise les principales rues. Il ne tarda pas à être arrêté par la gendarmerie et enfermé dans la salle de police. Mais l'aliéné trompant la vigilance des gardiens, s'échappa et assomma en chemin un brave

habitant qui voulait l'arrêter dans sa course en lui barrant la route avec un bâton. L'état du blessé inspire quelque inquiétude. Combacal sera incessamment ramené à Perpignan, mais avec une camisole de force. (*Journal des Débats*, numéro de vendredi, 9 octobre 1891).

Toulouse le 10 octobre. — Une jeune femme de vingt-huit ans, nommée Lucie Dreyfus, a tenté ce matin de se donner la mort d'une façon aussi horrible qu'extraordinaire.

Restée seule dans son appartement, situé, 18, rue de la Colombelle, avec son dernier-né, un bébé de six mois, et en l'absence de son mari, actuellement en voyage, et de son fils aîné, Lucien, âgé de six ans, qui se trouvait à l'école, elle s'est enduit le corps de pétrole et y a mis le feu avec une allumette. Aux cris que l'horrible souffrance lui fit bientôt pousser, les voisins et les pompiers accourus en toute hâte éteignirent les flammes. C'est dans un accès d'aliénation mentale et pour expier des crimes imaginaires que la pauvre femme s'est ainsi brûlée vive. On l'a transportée à l'Hôtel-Dieu dans un état désespéré. (*Journal des Débats*, numéro du 11 octobre 1891).

Angleterre. — Un triste événement a mis en émoi le quartier de Hampstead, au nord de Londres. Une jeune dame atteinte d'hystérie a jeté ses deux enfants, âgés de deux et trois ans, par la fenêtre de sa chambre, qui était située au premier étage de la maison; puis, elle s'est précipitée elle-même à travers les vitres brisées. On l'a relevée dans un état à peu près désespéré; les enfants sont moins grièvement blessés. (*Le Temps*, numéro du lundi 19 octobre 1891).

FAITS DIVERS

Visite du ministre des travaux publics à la maison nationale de Charenton. — Le mercredi 30 septembre 1891, M. Yves Guyot, ministre des travaux publics, s'est rendu à la maison nationale de Charenton, accompagné de M. Jules Conite, directeur des bâtiments civils, Daumet, membre de l'Institut et inspecteur général des bâtiments civils, et Bordas, chef de cabinet du ministre. Le but de cette visite était de déterminer les travaux les plus urgents à effectuer dans l'établissement.

Arrivé à trois heures, le ministre a été reçu par le directeur de la Maison nationale, les deux médecins et l'architecte de l'établissement. Il a visité les différents quartiers des hommes et des femmes, prenant note des diverses améliorations à introduire; mais tout en regrettant que les ressources de son budget ne lui permissent pas de donner satisfaction à tous les desiderata exprimés par les médecins, il a promis de faire pour le mieux, dans l'intérêt des malades.

Après cette visite qui a duré près de deux heures, M. Yves Guyot s'est rendu dans les salons de l'administration, où un lunch avait été servi.

Discours prononcés à la rentrée des cours et tribunaux. — Parmi les discours prononcés à la rentrée des cours et tribunaux, on ne trouve que les deux suivants dont les sujets traités concernent la médecine mentale :

A la cour de Poitiers, M. Wolf, substitut du procureur général, a traité « du juge criminel ». D'après l'honorable magistrat, la médecine légale est appelée à prendre une importance de plus en plus considérable dans l'appréciation des responsabilités, et il est à désirer que les juges criminels acquièrent des connaissances spéciales leur permettant d'être eux-mêmes un peu des experts.

Il s'est élevé contre l'institution du jury.

A la cour d'Aix, le discours d'usage a été prononcé par M. le substitut Bourgarel, qui avait pris pour sujet « le suicide », en l'examinant au point de vue philosophique, religieux ou humanitaire.

Statistique de l'ivrognerie en Angleterre et dans le pays de Galles. — Une statistique intéressante de l'ivrognerie en Angleterre et dans le pays de Galles vient d'être publiée.

Sur une population de vingt-neuf millions d'habitants, 173,036 personnes ont été arrêtées en état d'ivresse pendant l'année 1890, à savoir : 162,786 en Angleterre et 10,250 dans la principauté ; plus de 15,000 arrestations figurant dans ce total ont été opérées le dimanche entre midi et minuit. Les chiffres sont donnés pour chaque comté séparément : celui de Lancaster tient la tête de la liste, puis viennent ceux de Durham et d'York. (*Le Temps*, numéro du mardi 20 octobre 1891).

Un aliéné tué par deux infirmiers. — Un drame horrible s'est déroulé le dimanche 11 octobre à l'asile de Saint-Méen, près Rennes. Un fou, devenu subitement furieux, a été tué par les gardiens, qui étaient, dit-on, en état d'ivresse. L'autopsie a démontré que le malheureux fou a succombé à de nombreuses violences ; le corps portait la trace de plus de quarante coups de pied ou de bâton.

Les deux gardiens auteurs de cet acte de sauvagerie, ont été arrêtés, après une enquête faite par le parquet.

TABLE DES MATIÈRES

PREMIÈRE PARTIE

MÉMOIRES ORIGINAUX OU TRADUITS

I. — Chronique.

PAGES

Le deuxième Congrès annuel de médecine mentale. Session de Lyon; par le Dr A. Girand	185
--	-----

II. — Pathologie.

L'aliénation mentale chez les dégénérés psychiques; par le Dr Dagonet	5, 203 et 353
Etude sur les poisons de l'intelligence; par le Dr Legrain. 30, 215 et	377
Occlusion accidentelle de l'ouverture de la glotte par le bol alimentaire; chez les aliénés; par le Dr Hospital	56
Trois cas de suicide survenant en trois ans chez trois sœurs; par le Dr H. Mabilhe	229
Contribution à l'étude de la rémission dans la paralysie générale; par le Dr Guillemin.	370
Plusieurs attaques de sommeil paradoxal chez un aliéné; par le Dr Szczypiorski	393

III. — Thérapeutique.

Du méthylal chez les aliénés et de son action comparative avec le chloral; par le Dr Marandon de Montyel.	234 et 401
---	------------

IV. — Établissements d'aliénés.

Une visite à l'asile de Rome; par le Dr Pons.	243
---	-----

V. — Médecine légale.

La médecine légale des aliénés aux États-Unis d'Amérique; par le Dr V. Paraut.	66
De la responsabilité légale et de la séquestration des aliénés persécuteurs. Rapport fait au Congrès de médecine mentale de Lyon; par le Dr Henry Coutagne	420

DEUXIÈME PARTIE

REVUE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE

I. — Société médico-psychologique.

	PAGES
<i>Séance solennelle du 27 avril 1891.</i> — Correspondance et présentations d'ouvrages : MM. Christian, Dagonet, Sollier, Falret. — Rapport sur le prix Esquirol : M. Arnaud. — Rapport sur le prix Belhomme : M. Pichon. — Rapport sur le prix Aubanel : M. Collineau. — Eloge de Ach. Foville : MM. Ritti, Th. Ronssel.	89
<i>Séance du 25 mai 1891.</i> — Correspondance et présentations d'ouvrages : MM. Mabilie, Lallemand, Régis. — Rapport de M. Gilbert Ballet sur les candidatures au titre de membre titulaire : élection de MM. Joffroy, Semelaigne, Sollier, Huet. — Rapport de M. Briand sur la candidature de M. Blin : élection. — Rapport de M. Vallon sur la candidature de M. Beugnies-Corbeau : élection. — Présentation d'une nouvelle sonde œsophagienne : MM. Targowla, Vallon, Briand. — Atrophie partielle des hémisphères et porencéphalie du lobe frontal droit : M. Salgò. — Nénarsthénie tardive ; idées obsédantes ; ramollissement cérébral : M. Ségla.	142
<i>Séance du 29 juin 1891.</i> — Correspondance et présentations d'ouvrages : MM. Joffroy, Semelaigne, Sollier, Huet, Blin, Beugnies-Corbeau, Meilhon, Azam, Massalongho, Ang. Voisin. — Deux cas de scarlatine compliquée de troubles mentaux : MM. Rouillard, Aug. Voisin, Charpentier, Gilbert Ballet, Christian. — Du mutisme mélancolique : MM. Ségla, Charpentier. — Ordre du jour de la prochaine séance : M. Falret.	261
<i>Séance du 27 juillet 1891.</i> — Correspondance et présentations d'ouvrages : MM. Paul Garnier, Ramadier. — Rapport de M. Chaslin sur la candidature de M. Meilhon : élection. — Discussion sur le projet de révision de la loi du 30 juin 1838, sur les aliénés : MM. Paul Garnier, Charpentier, Ang. Voisin, Bonchereau.	285

II. — Revue des journaux de médecine.

SOCIÉTÉS SAVANTES (1888-1889).

Anal. par le Dr L. CAMUSET.

Sollicitation expérimentale des phénomènes émotifs chez les hypnotiques.	444
Colonies scolaires de vacances.	444
Vertige des fumeurs.	445
Epidémie de méningite cérébro-spinale.	445
Répression de l'alcoolisme.	445

	PAGES
Influence de l'emprisonnement cellulaire sur l'état physique, intellectuel et moral des détenus.	446
L'alcool et sa toxicité	447
Observation de suicide	450
Atrophie musculaire des quatre membres survenue pendant la grossesse	450
Maladie d'Addison avec lésions des racines spinales et de la moelle.	451
Discussion sur le tétanos	452
Trépanation dans l'épilepsie.	454
Chloroforme et chlorure de méthylène	454
Etude physiologique de la liqueur d'absinthe.	456

JOURNAUX FRANÇAIS (1888).

Anal. par le Dr L. CAMUSET.

Affaire Ménétrier.	457
Hystérie consécutive aux traumatismes graves	457
Cas de folie impulsive	458
Mal perforant dans la paralysie générale.	458
Action thérapeutique du méthylal chez les aliénés.	458
De la mélancolie.	458
Paralysie générale d'origine traumatique	458
Alimentation forcée des aliénés	458
Hystérie chez les nègres	459
Affaire Browne	459
Du délire récurrent.	459
Hémiplégie spasmodique infantile d'origine traumatique	460
Arthralgie hystéro-traumatique du genou.	460
Température dans les accès isolés d'épilepsie	460
Anomalie des organes génitaux chez les idiots et les épileptiques.	460
Astasie et abasie.	460 et 468
Hystérie et syphilis	461
Pathogénie de l'épilepsie	461
Folie de l'adolescence	464
Maladie de Friedreich	461
Sclérose en plaques.	462
Hallucinations psycho-motrices	462
Epilepsie et asymétrie fronto-faciale.	462
Psychoses séniles et tardives	463
Monoplégie hystéro-traumatique guérie par la suggestion	468
Déformation du tronc causée par la sciatique.	463
Ephidroses de la face.	464
Affaire Mistral.	465
Symptomatologie de la gliose médullaire.	465
Epilepsie procursive	466
Cas de pseudo-tabes	466
Prédisposition nerveuse de la paralysie <i>a frigore</i>	467
Pathogénie du vertige marin	467
Topographie pathologique de l'axe cérébro-spinal.	468

	PAGES
Folie communiquée	468
Alcoolisés meurtriers	468
La simulation de la folie et la loi sur la rélegation	469
Dégustation des vins et alcoolisme professionnel	469
Amnésie des vols chez une hystérique héréditaire	469
Impulsions morbides à la déambulation chez les militaires	470
Homicides et assassinats à la période prodromique de la paralysie générale	470
Etat mental des héréditaires dégénérés	471
Anatomie pathologique du tétanos traumatique	471
Maladie du Morvan	472
Hystérie et diabète	472

JOURNAUX PORTUGAIS (1888).

Anal. par le Dr NICOLAU.

Mouvements pupillaires pendant la vie et après la mort	473
Notes physio-psychologique sur le langage	474
Leçon d'ouverture d'un cours libre de psychiatrie	475
L'électricité en psychiatrie	476
Fièvre intermittente d'origine nerveuse	477
Anthropologie criminelle	478
Hémiplégie hystérique	479
Cas de cardiopathie hystérique	480

JOURNAUX AMÉRICAINS (1886-1889).

Anal. par le Dr PARANT.

Physiologie du cerveau	298
Visite à Ghœl	298
Mélancoïlie sénile	299
Progrès dans le traitement des aliénés	299
Paranoïa	300
Guérison de la folie chronique	300
Cas de folie traité par la trépanation	301
Rapports de la paralysie générale et de la folie syphilitique	302
L'éducation dans ses rapports avec la santé	303
Assistance des aliénés dans l'Etat de New-York	303
Utilité du travail de la mémoire pour le traitement des aliénés	303
Preuves de la guérison de la folie	304
De l'uréthane	304
Mélancoïlie aiguë résultant d'une constipation excessive	305
Hallucinations et illusions des aliénés	305
Folie de la puberté	305
Influence des habitudes sur la folie	306
Psycho-thérapeutique	306
Perte subite de la mémoire	307

	PAGES
Histoire psycho-médicale de Louis Riel	307
Crises gastriques et autres dans la paralysie générale	307
Système colonial pour les aliénés	308
Assistance des aliénés chroniques	308
Réforme du personnel d'infirmiers pour aliénés	309
Répartition et assistance des aliénés aux Etats-Unis	309
Huit cas de trépanation dans la folie traumatique	309
Classification des maladies mentales	310
Race et folie	311
Délire religieux des aliénés	311
Cas de paralysie générale d'origine traumatique	312
Trois cas de folie guérie après une longue durée	312
Tact dans le traitement des aliénés	313
Paranoïa dans ses rapports avec les hallucinations de l'ouïe	313
Quelques causes rares d'imbécillité	314
Folies produites et folies guéries par le traumatisme	314
Imbécillité et folie	315
Utilité pour les médecins en général de mieux connaître la folie	316
Paraldéhyde	316
Folie dans ses rapports avec les organes sexuels	316
Quelques faits d'insomnie	317
Responsabilité légale des épileptiques	317
Condition de l'efficacité du traitement des maladies mentales dans les asiles d'aliénés	317
Dissolution des fonctions du système nerveux dans la folie	318
Appareil électrique pour ouvrir les portes dans les asiles d'aliénés	318
Usage du sulfonal dans la folie	318
Folie et goitre exophtalmique	319
Cas de paralysie générale ayant duré quatorze ans	319
Du délire	320
Les récents hypnotiques	320
Les ivrognes à l'asile d'aliénés de Dauvers	321
Cas de folie alcoolique	321
Contraction musculaire comme cause de fracture chez les paralytiques généraux	322
Localisations cérébrales	322
Étude sur Christine de Suède	322
Éducation physique des aliénés	323
Création d'asiles spéciaux pour aliénés curables	323
III. — Bibliographie.	
Physiologie de la veille et du sommeil; par S. Serguéyeff (Anal. par le Dr Châtelain)	157
Du temps nécessaire à la production des phénomènes psychiques; par J. Jastrow (Anal. par le Dr Cullerre)	160
Études sur les maladies cérébrales et mentales; par le Dr J. Cotard (Anal. par le Dr Arnaud)	324

Etude médico-légale sur la psychopathie sexuelle traitant plus spécialement de l'inversion de l'instinct génital; par le professeur de Krafft-Ebing (Anal. par le Dr Châtelain)	829
L'anthropologie criminelle et ses récents progrès; par le professeur César Lombroso (Anal. par le Dr Camuset)	831
Hygiène et traitement des maladies mentales et nerveuses; par le professeur Kovalesky (Anal. par le Dr Camuset)	836
Recherches cliniques et expérimentales sur les accidents survenus par l'emploi des scaphandres; par le Dr Michel Cataras (Anal. par le Dr Camuset)	839
La folie du doute; par Ph. Coombs Knapp (Anal. par le Dr Cullerre) .	843
Rapport médico-administratif sur l'hôpital « comte de Ferreira » (1883-1885); par les Drs de Senna, de Mattos, Urbano, Peixoto et Lemos (Anal. par le Dr Nicoulau)	841
Essai sur les mélancoliques anxieux; par le Dr Ch. Chastenot (Anal. par le Dr Camuset)	885
Du sulfonal. Revue générale et observations cliniques; par le Dr Clerval (Anal. par le Dr Camuset)	887
Du diagnostic précoce de quelques graves maladies du système nerveux; son importance, sa possibilité; par E.-C. Séguin (Anal. par le Dr Cullerre)	890
Analyse des symptômes oculaires qu'on trouve dans la troisième période de la paralysie générale des aliénés; par A. Olivier (Anal. par le Dr Cullerre)	891
Hallucinations hémiploïques homonymes; par le Dr Peterson (Anal. par le Dr Cullerre)	892
Luxations des vertèbres cervicales non suivies de mort; par le Dr Walton (Anal. par le Dr Cullerre)	892
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE	161, 344 et 493
ASSOCIATION MUTUELLE DES MÉDECINS ALIÉNISTES DE FRANCE (Séance du 27 avril 1891).	162

IV. — Variétés.

Nominations et promotions: MM. Roux, Barthomeuf, Chevalier-Lavaure, Dubuisson (Maxime), Pactet, Sollier. — Visite du Président de la République à l'asile Saint-Luc, à Pau. — Loi autorisant le département de Loir-et-Cher à contracter un emprunt de 70,000 fr. applicable à la construction d'un quartier d'épileptiques dans l'asile d'aliénés de Blois. — Programme du Congrès annuel des médecins aliénistes de France et des pays de langue française: session de Lyon 1891. — Souscription au buste de Baillarger (<i>Deuxième liste</i>). — Martyrologe de la psychiatrie (<i>suite</i>). — Civilisation et suicide. — Tribunaux. — Les aliénés en liberté. — Faits divers. — Enseignement: MM. Aug. Voisin, Séglas, Ph. Rey. — Avis.	107
Nominations et promotions: MM. Mesnet, Joffroy, Monly, Pierret, Boubila, Guimbail, Bourneville, Requier, Cullerre, Langlois, Ger-	

	PAGES
main Corty, Denizet, Guyot, Dériog, Boiteux, Jules Sizaret, Gilbert Petit, Vallon, Paul Dubuisson, Legrain, Malfilâtre, Sérieux, Rouillard. — Création d'un service de médecins mentale dans les prisons de la Belgique. — Le congrès de Lyon à l'asile de Grenoble. Discours de M. le Dr Dufour. — Les aliénés en liberté. — Faits divers	345
Nominations et promotions: MM. Blin, Marie. — Nécrologie: MM. Laurent Monnier, Mirepoix. — Le suicide dans les armées européennes. — La sorcellerie en Italie. — Les aliénés en liberté. — Faits divers.	497
Table des matières du tome XIV de la septième série.	506

Le Rédacteur en chef-Gérant : ANT. RITTI.